

MARIA DA PENHA SIMÕES PEDROSA

MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E OS  
CONFLITOS PROTAGONIZADOS PELOS TRABALHADORES DA SAÚDE  
EM UM HOSPITAL PÚBLICO

CURITIBA  
2014

MARIA DA PENHA SIMÕES PEDROSA

MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E OS  
CONFLITOS PROTAGONIZADOS PELOS TRABALHADORES DA SAÚDE  
EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação em Educação, Setor  
de Educação da Universidade Federal do  
Paraná, para a obtenção do grau de mestre  
em educação.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Auxiliadora  
Cavazotti.

CURITIBA  
2014

Catálogo na publicação  
Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Pedrosa, Maria da Penha Simões

Mudanças no mundo do trabalho e os conflitos protagonizados pelos  
trabalhadores da saúde em um hospital público / Maria da Penha Simões  
Pedrosa – Curitiba, 2014.  
162 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Auxiliadora Cavazotti  
Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação da  
Universidade Federal do Paraná.

1. Trabalhadores da saúde. 2. Serviço público – Administração de pessoal  
3. Relações trabalhistas. I. Título.

CDD 331.3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



## PARECER

Defesa de Dissertação de **MARIA DA PENHA SIMÕES PEDROSA** para obtenção do Título de MESTRA EM EDUCAÇÃO. Os abaixo assinados, DR<sup>a</sup> MARIA AUXILIADORA CAVAZOTTI, DR. GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, DR<sup>a</sup> TÂNIA MARIA BAIBICH e DR<sup>a</sup> MARIA ANTÔNIA DE SOUZA, arguíram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Dissertação: **“MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E OS CONFLITOS PROTAGONIZADOS PELO TRABALHADOR DA SAÚDE EM UM HOSPITAL PÚBLICO”**.

Procedida a arguição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está apta ao Título de MESTRA EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIÇÃO
DR <sup>a</sup> MARIA AUXILIADORA CAVAZOTTI		aprovada
DR. GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE		APROVADA
DR <sup>a</sup> TÂNIA MARIA BAIBICH		aprovada
DR <sup>a</sup> MARIA ANTÔNIA DE SOUZA		aprovada

Curitiba, 24 de março de 2014.

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Monica Ribeiro da Silva**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação

Prof<sup>a</sup>, Dra. Monica Ribeiro da Silva  
Coordenadora do Programa de  
Pós-Graduação em Educação  
Matrícula: 125750

Ao meu marido, às minhas filhas e aos meus netos,  
dedico este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Maria Auxiliadora Cavazotti, que com conhecimento teórico e prático me orientou nesta árdua tarefa.

À Professora Lígia Klein, pela dedicação e competência no ofício de ensinar.

Aos Professores Guilherme Albuquerque e Tânia Baibich, cujas valiosas críticas durante o exame de qualificação me deram tranquilidade para tocar adiante esta dissertação.

À Professora Maria Antônia de Souza pela valiosa contribuição na banca de defesa.

À equipe do PPGE, pela prontidão no atendimento.

À Maria Elisa Spinelli que me auxiliou a aceitar os meus limites.

À Ana Paula Viezzer, pelas experiências compartilhadas.

Ao hospital e demais pesquisados, que consentiram a realização da pesquisa.

Aos colegas/amigos de trabalho, pelo apoio.

Aos meus pais, os ausentes mais presentes dentro de mim.

Ao meu marido, amigo e companheiro de todas as horas, cuja ajuda e estímulo foram fundamentais para que eu pudesse realizar esta dissertação.

Às minhas filhas pelo estímulo e, em especial, à minha caçula, pela presença ao meu lado, disponibilidade e preocupação com o meu cansaço.

Aos amigos, por compreenderem a minha reclusão.

À minha família, pelo apoio e compreensão durante estes anos de Mestrado.

A Deus e à vida!

Observem muito bem o comportamento destas pessoas:  
Vejam-no quão estranhável, embora não estranho  
Inexplicável, embora comum  
Inacreditável, embora seja a regra.  
Mesmo as menores ações, embora simples  
Observem com desconfiança.  
Examinem, se é necessário  
Principalmente aquilo que é usual  
Pedimos encarecidamente, não acreditem  
Que aquilo que acontece sempre é natural  
Pois nada deve ser considerado natural  
Em um tempo confuso como esse de  
Desordem decretada, arbitrariamente planejada  
Humanismo desumano, para que nada  
Permaneça como imutável.

(Bertold Brecht)

## RESUMO

Esta é uma pesquisa sobre os conflitos protagonizados pelos trabalhadores da saúde de um hospital público relacionados às mudanças que ocorreram no mundo do trabalho no modo capitalista de produção, em especial na vigência do capitalismo monopolista. Sob essa forma assumida pelo capital, além de serem intensificadas suas demais características, é criada a Organização Científica do Trabalho (OCT) para racionalizar o processo produtivo e aumentar a produção e o lucro, fornecendo a base para a gestão do trabalho no modelo rígido (Taylorismo/Fordismo) e, a partir da década de 1970, no modelo flexível (Toyotismo) de produção. O objetivo geral da pesquisa é investigar a relação dos conflitos protagonizados pelos referidos trabalhadores com as condições/organização do trabalho, utilizando como método de análise o Materialismo Histórico. A pesquisa, de caráter exploratório e qualitativo, teve como fontes: registros de reuniões e um questionário aplicado junto aos sujeitos (subordinados e lideranças formais) pesquisados. O êxito da OCT, não apenas deixou de levar em consideração os efeitos negativos sobre as dimensões física e psíquica do trabalhador, como propiciou a eclosão de conflitos significativos no ambiente laboral. Tais conflitos, embora apareçam como conflitos de relacionamento interpessoal, analisados à luz do gerenciamento dos processos de trabalho, revelam sua íntima relação com as condições e, sobretudo com a organização do trabalho. As consequências, entre outras, são: 1) a precarização do trabalho; 2) a desqualificação do trabalhador por meio de uma formação cada vez mais fragmentada; 3) o sentimento de desvalorização social do trabalho realizado; 4) a fragilização tanto da posição dos trabalhadores no mercado de trabalho, cada vez mais competitivo, como das relações humanas baseadas na exacerbação da competitividade entre os próprios trabalhadores. Tal situação engendra relações sociais de trabalho geradoras de conflitos, comportamentos contraditórios e resistências diversas por parte dos trabalhadores.

Palavras-chave: Trabalhadores da saúde. Mudanças recentes no mundo do trabalho. Conflitos laborais.



## **ABSTRACT**

This is a research on conflicts perpetrated by health care workers in a public hospital related to changes that occurred in the world of work in the capitalist mode of production, in particular in the monopolist capitalism. Under this form taken by the capital, besides intensifying its other features, the Scientific Organization of Work is created to rationalize the production process and increase production and profit, providing the basis for the management of labor in the rigid model (Taylorism/Fordism) and, from the 1970s, in the flexible production model (Toyotism). The overall objective of this research is to investigate the relationship of conflict perpetrated by those workers with the conditions/work organization, using the Historical Materialism as the method of analysis. The research, of exploratory and qualitative character, had as sources: records of meetings and a questionnaire administered to researched subjects (formal leaders and subordinates). The success of the Scientific Organization of Work, not only failed to take into account the negative effects on the physical and psychological dimensions of the worker, as well as allowed a significant outbreak of conflicts in the workplace. Such conflicts, although they appear as interpersonal conflicts, when analyzed at light of the work management process, reveal their close relationship with the conditions and especially with the organization of work. The consequences, among others, are: 1) work precarization; 2) disqualification of the worker through an increasingly fragmented education; 3) the feeling of social devaluation of the work; 4) the fragilization of the position of the workers in an increasingly competitive labor market, as well as the human relationships based on the exacerbation of competition among the workers themselves. This situation engenders social relations of work leading to conflicts, contradictory behaviors and various resistances by workers.

**Keywords:** Health workers. Recent changes in the working world. Labor disputes.

## **LISTA DE SIGLAS**

APH	Adicional de Plantão Hospitalar
CCHI	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CQC	Círculos de Controle de Qualidade
CT	Condições de Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GIQ	Grupo Interno da Qualidade
GO	Grupo Operativo
MH	Materialismo Histórico
OCT	Organização Científica do Trabalho
OT	Organização do Trabalho
QT	Qualidade Total
RDC	Regime Diferenciado de Contratações
RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
SGP	Serviço de Gestão de Pessoas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TGO	Teoria de Grupo Operativo
UGP	Unidade de Gestão de Pessoas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>AS RELAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO ASSALARIADO SOB O CAPITAL MONOPOLISTA.....</b>	<b>19</b>
	2.1 A DIMENSÃO ONTOLÓGICA DO TRABALHO .....	20
	2.2 A REPRODUÇÃO DA EXISTÊNCIA E AS RELAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO .....	21
	2.3 DO <i>TRIPALLIUM</i> AO MÁXIMO DO TRABALHO ALIENADO.....	26
	2.4 A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL: DO TRABALHO MANUFATUREIRO AO TRABALHO FABRIL.....	29
	2.5 O TRABALHO SUBORDINADO AO CAPITALISMO MONOPOLISTA.....	37
<b>3</b>	<b>O GERENCIAMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO: DO TAYLORISMO – FORDISMO AO TOYOTISMO.....</b>	<b>52</b>
	3.1 O GERENCIAMENTO DO TRABALHO NO TAYLORISMO-FORDISMO .....	52
	3.2 CRÍTICAS À ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO.....	55
	3.3 O MODELO DE ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL.....	58
	3.4 A GESTÃO FLEXÍVEL E O TRABALHO EM SAÚDE.....	65
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS CONFLITOS PROTAGONIZADOS PELOS TRABALHADORES DA SAÚDE DECORRENTES DAS CONDIÇÕES E DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO HOSPITAL ESTUDADO.....</b>	<b>78</b>
	4.1 A CATEGORIA CONFLITO NO AMBIENTE DE TRABALHO.....	78
	4.2 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTUDADO.....	87
	4.3 O SERVIÇO DE GESTÃO DE PESSOAS (SGP).....	90
	4.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: LEVANTAMENTO DE DADOS DOS RELATÓRIOS E DA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO.....	91
	4.5 ANÁLISE DOS CONFLITOS À LUZ DO GERENCIAMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO.....	93
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>117</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>127</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Trabalhando com desenvolvimento de pessoas e conflitos no ambiente laboral, vimos nos colocando algumas questões, entre elas: Por que os trabalhadores respondem de formas tão diversas a situações semelhantes? Por que a atividade laborativa provoca adoecimento em alguns e em outros não? Por que alguns perdem o entusiasmo pelo trabalho enquanto outros permanecem motivados? O que mais frequentemente desencadeia os conflitos no ambiente de trabalho? O que faz os trabalhadores gostarem ou não do trabalho que realizam? O que representa o trabalho para eles? Existe relação entre a educação formal e a formação específica dos profissionais da saúde com essas ocorrências?

Buscando respostas a tais questionamentos, chegamos aos conflitos no trabalho e sua relação com o modo de produção capitalista, o que desencadeou necessidade de estudo adicional. Daí a busca por um Mestrado que contemplasse a articulação entre os temas trabalho e educação. Desse modo, foi definida a linha de pesquisa e o tema dessa dissertação: Mudanças no mundo do trabalho e os conflitos protagonizados pelos trabalhadores da saúde em um hospital público.

Oportuno enfatizar o volume de produção existente nessa área e a impossibilidade de, no curto período de dois anos para realização do curso, esgotar o tema, pretensão que não tivemos. A apropriação do Materialismo Histórico, enquanto método de pesquisa e suas categorias, para nós representou (e ainda representa) a realização de um enorme esforço, visto a dificuldade de apropriação de um conteúdo com o qual não tínhamos familiaridade e o exercício recorrente de superar nossa formação positivista.

Procuramos dar concretude a este trabalho com a dedicação possível, cientes, entretanto, dos limites e provisoriedade desse entendimento, visto que o real é sempre apreendido e compreendido dentro dos limites da compreensão humana dadas pelas condições de existência. Isso nos tranquilizou.

A fim de desenvolver o tema, tratamos das mudanças que ocorreram no mundo do trabalho no modo capitalista de produção, em especial na vigência do capitalismo monopolista, fase histórica iniciada a partir da Segunda Revolução Industrial, na segunda metade do século XIX, com o surgimento da grande indústria e do processo de produção em série nos moldes do taylorismo/fordismo e do

toyotismo na década de 1970, quando se intensificam as características do capitalismo em geral, tais como: o assalariamento como forma preponderante das relações de trabalho; a exploração da força de trabalho e sua transformação em mercadoria; o avanço científico-tecnológico; a racionalidade técnica; a degradação do trabalho; a cisão entre trabalho manual e trabalho intelectual; a (des)qualificação do trabalhador, entre outros.

Sabendo-se que tais conflitos são fonte de sofrimentos psíquicos muitas vezes de caráter duradouro e intenso, que possuem implicações importantes não só no desempenho profissional dos trabalhadores, mas na sua qualidade de vida dentro e fora do trabalho, com prejuízos também para instituição, essa pesquisa pode contribuir para um melhor entendimento dos conflitos nela existentes, subsidiando-a na tomada de decisões a eles relacionados.

Os conflitos são manifestações fenomênicas, num primeiro momento, observados de forma empírica, ou seja, sem explicação de base científica.

O Materialismo Histórico (MH) concebe que as manifestações dos fenômenos empíricos podem ser submetidas a três níveis de análise: o singular, o particular e o universal. Na condição de método dialético, o MH transita por esses níveis como forma de entender o fenômeno observando-o na sua totalidade orgânica. No nível singular, o fenômeno refere-se ao indivíduo, representado nesta pesquisa pelos trabalhadores. No nível particular, o foco da análise é o modo de vida desses trabalhadores no hospital estudado. Embora de papel fundamental para o entendimento do fenômeno, esses níveis de análise não são suficientes para entender o todo que é dado pelas leis gerais que explicam e determinam o fenômeno estudado (nível universal).

Com isso anunciamos que os conflitos aqui estudados serão categorizados para além das questões pessoais, que a análise se dará na perspectiva dialética que visa apreender os conflitos, não como fenômenos isolados, mas articulados no interior das determinações materiais que permeiam as relações sociais do trabalho no hospital estudado, captando as leis gerais que os regem.

A dialética singular-particular-geral visa analisar a realidade não como algo estático, mas a realidade como contradição e em constante transformação.

No modo de produção capitalista (MPC) tal abordagem é especialmente relevante visto que o MPC globalizou-se, inserindo tudo (setores econômicos - sejam eles primários, secundários ou terciários - e modos de vida) mais ou menos

intensamente na sua lógica. Como os demais trabalhadores dos setores primário e secundário, o trabalhador da saúde, respeitada sua especificidade, também sofre os efeitos desse modo de produção na sua formação, na estrutura dual entre o trabalho intelectual e manual, na pouca participação do planejamento das atividades, independentemente de atuarem nas áreas fim (atendimento direto ao paciente realizado pela equipe de enfermagem, médica, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas etc.) ou áreas meio (que fornecem apoio logístico, administrativo, infraestrutura para o funcionamento da instituição). O alijamento do planejamento em decorrência da desvalorização do trabalho dito manual<sup>1</sup> tem sido referido na literatura como um dos geradores de conflito no ambiente laboral.

No entanto, não basta descrever as características dos indivíduos pesquisados, nem as atividades, as condições e organização do trabalho, pois a mera descrição, por mais rica que seja, situa-se no nível singular e/ou particular da análise. Nosso objetivo é alcançar o universal, ou seja, as leis que regem o fenômeno, analisando o conjunto de relações causais em que os conflitos protagonizados pelos profissionais da saúde em questão ocorrem.

Essa perspectiva de análise nos permite compreender os fenômenos estudados em sua conexão com a totalidade social na qual vivemos, como expressão da organização e funcionamento desta sociedade. Para tanto, partiremos das determinações gerais comuns - a divisão/organização/condições do trabalho e a formação do trabalhador da saúde - que fazem parte da realidade concreta desse profissional, a fim de verificar o nexo existente entre eles.

Nessa perspectiva de análise o resultado desse estudo tem validade não só para o hospital pesquisado.

Para alcançar o conjunto das relações em que o fenômeno ocorre, recorreremos ao procedimento metodológico de análise da realidade proposto pelo Materialismo Histórico (MH) e suas categorias fundamentais: **totalidade, historicidade e reprodução** (categoria que inclui o **trabalho** e a **educação**, uma vez que ambas contribuem tanto para a produção da existência como para a sua continuidade).

---

<sup>1</sup> O trabalho manual possui base científica, contudo, o trabalhador que o realiza pode ser despojado da mesma uma vez que dela prescinde para realizá-lo.

O MH se fundamenta na observação da realidade e das condições concretas de vida dos homens e parte do princípio de que, no limite, o que os move é a produção dos meios de existência por intermédio do trabalho. Ou seja, as bases materiais existentes explicam e contextualizam a ação do homem sobre a natureza e as relações interpessoais e sociais que se estabelecem. Método dialético, interpreta a realidade partindo do fenômeno empírico (ou seja, do que aparece na realidade), buscando a superação do conhecimento baseado no senso comum (caracteristicamente indiscriminado, limitado às aparências das coisas, portanto, caótico), assim transitando da aparência das coisas<sup>2</sup> (concreto caótico), que se situa no nível do fenômeno, para passar a um nível superior de conhecimento (patamar da abstração, estabelecimento de diferenciações, classificações, das leis que explicam o real) e, por fim, alcançar a síntese das múltiplas determinações que subjazem à produção dos fenômenos observados (o concreto pensado). Este, por sua vez desencadeia novas “confusões”, abstrações e sínteses num processo infinito pela busca do conhecimento e interpretação do real. Isso implica ter em mente que o processo de conhecimento teórico sobre o real leva à compreensão cada vez mais elaborada sobre o objeto, e que tal compreensão é sempre provisória. Conforme Klein (2012, cap.1, p.3), “nessa perspectiva, a realidade que buscamos conhecer é tomada como totalidade coerente, em que as partes mantêm relação orgânica entre si e com o todo, em um processo de mútuas determinações, segundo uma lei geral”.

Ao buscar a totalidade, o que se pretende é avançar e ampliar o conhecimento, evitando o “lugar da parcialidade”. Como afirmam Netto e Braz (2007, p. 151), “o conhecimento teórico quase sempre contraria o que a experiência imediata parece tornar evidente (...) [pois] a aparência do fenômeno pouco diz da sua essência”. Em razão disso, consideramos insuficiente explicar os conflitos enquanto questão pessoal.

Importante considerar que a apreensão do real e sua interpretação guardam sempre relação com as possibilidades do seu entendimento pelos seres humanos, e que isto encontra limites nas determinações e condicionantes do processo de produção da existência humana em cada tempo histórico. Essa condição pressupõe

---

<sup>2</sup> Isso significa que a aparência das coisas não é necessariamente falsa, mas é sempre parcial, nisso residindo sua fragilidade.

avanços, recuos, contradições presentes no movimento da história. Olhar esse movimento buscando encontrar a unidade na diversidade, caracteriza a categoria totalidade.

A categoria **historicidade** implica ter em mente que os homens atuam e produzem segundo as determinações do seu tempo histórico (que se expressam em termos de recursos econômicos, humanos, socioculturais e políticos simultaneamente, portanto são múltiplas as determinações) e que a constituição do ser humano é indissociável das categorias **trabalho e educação**, enquanto categorias simultaneamente trans-históricas e históricas<sup>3</sup>.

Trabalho e educação são condições necessárias para que o homem se constitua como tal, acumule saber e transmita às gerações subsequentes o conhecimento acumulado. Constituem os fundamentos ontológicos e históricos do desenvolvimento humano, além de serem garantidores da produção da existência num movimento que comporta tanto continuidade quanto renovação.

O caráter histórico, portanto, transitório dessas categorias, implica diferenças significativas de como são entendidas ao longo do tempo. Desse modo, faz-se necessário desvencilhá-las de uma igualdade abstrata e universal independente de tempo e lugar, dando-lhe concretude, o que implica ir às condições materiais de reprodução da vida humana no dado momento histórico que se pretende entender. Isso se justifica, especialmente quando não se trata do “conhecer por conhecer” mas, do conhecer para aprimorar o objeto do conhecimento, visto que quanto mais se compreende o objeto, mais se consegue explicar suas determinações e analisar suas contradições e movimento, e mais se pode atuar nele. Tais contradições e movimento explicam-se pelas relações históricas sob diferentes contextos sociais, com seus condicionantes econômicos, tendo o trabalho como prática fundamental.

Importante considerar que o fato do materialismo histórico privilegiar as bases materiais e considerar as condições concretas de vida dos homens para explicar o funcionamento social e coletivo, num dado momento histórico, não implica

---

<sup>3</sup> As categorias trabalho e educação são trans-históricas, visto que a determinação é a mesma, uma vez que ambas independem do tempo e do espaço e são fundamentais para o processo de humanização. Mas as necessidades são diferentes, nos diferentes tempos históricos, nas diferentes sociedades e respectivas condições materiais de existência, daí as diferenças de como se dá o processo educativo (a existência ou não da escola, as diferenças entre elas, as concepções de educação nas diversas sociedades humanas) e na forma como os homens produzem sua existência (as diferentes relações do homem com a natureza, dos homens entre si, as formas de organização/divisão de trabalho, e assim por diante).



dizer que a política, a educação, a cultura, etc. (âmbito da superestrutura) sejam irrelevantes, contudo, elas incidem como “efeitos de causas que são em última instância, econômicas”. (ENGELS, s/d-a, 93, apud: KLEIN, 2012, p.11). O homem nessa perspectiva metodológica não é joguete das circunstâncias sociais e biológicas. Essa seria uma visão determinista, fatalista. Ela difere do conceito de determinação que explica os limites da ação humana em decorrência das condições concretas de existência de uma determinada época histórica. Por exemplo, os meios de comunicação, de transporte, os instrumentos e o acesso aos recursos naturais, para citar alguns, dependem do conhecimento científico-tecnológico (e das necessidades) de cada época histórica. Contudo, o desenvolvimento das forças produtivas impulsiona mudanças no modo como os homens se comunicam, se locomovem, etc. Logo, a determinação condiciona, mas não é uma fatalidade. Nem mesmo o fator econômico, apesar da sua força, tem caráter determinista. (KLEIN, 2012).

Pelo contrário, os homens são atores ativos da produção do seu modo de existência, que atuam e produzem segundo as determinações do seu tempo histórico.

Os determinantes sociais não possuem a fixidez de uma reação química, mas um *processo histórico*. As formas concretas e determinadas de sociedade são, de fato, “determinadas” e não acidentais, mas se trata do determinante da tecelagem fio por fio da tecitura da História, jamais a imposição de fórmulas externas. (BRAVERMAN, 1977, p. 29) (grifos do autor).

Nesse passo, é importante lembrar que as determinações, por serem históricas, são temporais, sendo portanto, modificáveis a partir da ação humana sobre si mesmo, sobre outros homens e sobre a natureza. Assim é que as determinações materiais que incidiam sobre o homem ocidental do século XVII, não são as mesmas que incidem sobre o do século XXI, ainda que tendo em comum o mesmo modo de produção. Isso leva ao reconhecimento do caráter criador do homem; do trabalho como seu elemento constitutivo; do caráter social da produção humana, do acúmulo progressivo de conhecimento geração a geração; da possibilidade de transformação, de superação.

Como método de análise da realidade, o materialismo histórico procura explicar as determinações, analisar as contradições para atuar sobre a realidade de forma transformadora, aliando a teoria e a prática (práxis<sup>4</sup>). (KUENZER (1991).

Enxergar as contradições presentes na realidade, contudo, requer o questionamento constante do que é considerado “normal”/“natural” em um determinado tempo histórico. Isso não é fácil, dado a força do hábito, dos costumes e dos interesses vigentes. O problema dessa naturalização faz com que o “estabelecido” seja reproduzido acriticamente sob a alegação de que “sempre foi assim”. Manter a capacidade do “espanto”<sup>5</sup> frente a realidade é, portanto, um desafio. A ausência do espanto foi expresso na poesia de Brecht, apresentada na epígrafe desta dissertação.

Para desenvolver esta pesquisa foram formuladas as seguintes questões: 1) Que tipos de conflitos chegam ao Serviço de Gestão de Pessoas (SGP) do hospital pesquisado e quais os mais recorrentes? 2) Que componentes existentes nas queixas do trabalhador da saúde dão a conhecer as condições de trabalho? 3) Que componentes presentes nos conflitos relatados pelo trabalhador da saúde desvelam a organização do trabalho? 4) Em que medida as condições/organização revelam as determinações materiais das relações de trabalho? 5) Em que medida a gestão de pessoas nos conflitos relatados pode contribuir para a perspectiva formativa e emancipadora dos trabalhadores da saúde?

O objetivo geral desta pesquisa foi o de investigar a relação dos conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde que chegam ao serviço de gestão de pessoas com as condições/organização do trabalho e suas determinações materiais.

Como objetivos específicos foram propostos: 1) levantar os tipos de conflitos que chegam ao Serviço Gestão de Pessoas e quais os mais recorrentes; 2) analisar como e em que medida as condições de trabalho respondem pelos conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde; 3) analisar como e em que medida a organização de trabalho responde pelos conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde; 4) identificar as determinações materiais que existem nos conflitos relatados pelo trabalhador da saúde; 5) relacionar os conflitos com a formação do

---

<sup>4</sup> A práxis envolve a compreensão de como ocorre o processo de aquisição do conhecimento (passagens sucessivas do concreto caótico para o concreto pensado).

<sup>5</sup> O espanto é uma atitude filosófica diante dos fenômenos da natureza, do universo, da vida, biológica ou social. O espanto conduz à formulação de perguntas e à busca de respostas e ou soluções para além das formuladas pelo senso comum, pelos pre-conceitos existentes.

trabalhador e as relações de classe, analisando como e em que medida se dá o papel formativo emancipador do trabalho na instituição pesquisada.

Quanto aos procedimentos metodológicos, o estudo exploratório e qualitativo foi o que se mostrou mais adequado para a pesquisa, por permitir captar a natureza singular das diversas situações de conflito que chegam ao Serviço de Gestão de Pessoas (SGP) da Unidade de Gestão de Pessoas (UGP) do Hospital Público estudado.

Para a realização da pesquisa, foram utilizados dois tipos de fontes: registros de reuniões e de dinâmicas de grupos, que abrangem os anos de 2009 a 2012, e um questionário para complementar as informações inexistentes nos referidos registros.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados dentre os trabalhadores que participaram das dinâmicas de grupos e/ou reuniões com o SGP em decorrência das demandas chegadas à UGP num total de cento e trinta e três trabalhadores de um universo de aproximadamente quinhentos e trinta.

De modo geral, as demandas chegaram via lideranças formais (gerentes, supervisores e chefias), ou seja, por parte dos sujeitos a quem cabe fazer com que as atividades laborais sejam realizadas com o máximo de eficiência e produtividade. Em posição de “comando”, esses sujeitos, embora pertençam à classe trabalhadora tanto quanto seus subordinados, nem sempre se veem ou são vistos como tal, por desempenharem o papel do sujeito capataz<sup>6</sup>.

As lideranças formais, em geral, mas não só elas, percebem os conflitos como decorrentes de características psicológicas, de personalidade dos seus subordinados, de questões pessoais ou particulares que afetam o relacionamento interpessoal, o desempenho e a motivação no ambiente de trabalho, explicação que no nosso entender é parcial, por restringir-se ao nível do fenômeno. Para passar a um nível acima do fenomênico e ultrapassar a esfera da aparência do fenômeno faz-se necessário olhar, não apenas o sujeito capataz, mas, sobretudo o sujeito subordinado<sup>7</sup>, como expressão singular dos trabalhadores que atuam nas condições

---

<sup>6</sup> O sujeito capataz (concepção marxiana) não deve ser entendido nem como vilão nem como vítima. Muitas vezes ele se encontra em situação semelhante a dos seus subordinados em relação à instância hierarquicamente superior. Entretanto, ainda quando procure ser justo, ético e compreensivo com sua equipe, e ainda que seja assim reconhecido, para ela, ele é o representante do “patrão”.

<sup>7</sup> O sujeito subordinado é também o sujeito explorado (concepção marxiana), na medida em que, além de não produzir para si e não participar do planejamento do trabalho, não pode desenvolvê-lo

particulares que decorrem das relações antagônicas entre capital e trabalho na sociedade capitalista.

A hipótese que norteou a investigação foi a de que as condições/organização de trabalho presentes na instituição pesquisada manifestam o processo de alienação e estão na origem dos conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde no hospital em questão.

O texto da dissertação foi organizado em cinco tópicos, sendo o primeiro a *Introdução*. O segundo, intitulado *As relações sociais do trabalho assalariado sob o capital monopolista*, apresenta as categorias do método e do objeto (trabalho alienado; trabalho fragmentado; gerenciamento; cooperação; capitalismo monopolista etc.) e trata das relações sociais do trabalho assalariado sob o capital monopolista, a partir dos problemas do assalariamento que afligem os trabalhadores, tais como, a organização e as condições do trabalho, a hierarquia, a flexibilização, a competitividade, a ameaça de desemprego, a precarização/degradação do trabalho; a sobrecarga de trabalho, o adoecimento do trabalhador. O terceiro tem como título *O gerenciamento dos processos de trabalho: do taylorismo ao toyotismo* e visa mostrar que os métodos utilizados na indústria automobilística para incrementar a produção e o lucro, alastraram-se a todas as demais atividades humanas, estando presente também no setor terciário, do qual a saúde faz parte. O quarto, *Análise dos conflitos protagonizados pelos trabalhadores da saúde decorrentes das condições e da organização do trabalho no hospital estudado* apresenta o conflito como categoria, caracteriza o hospital estudado e o serviço aonde chegam os conflitos protagonizados pelos seus trabalhadores, apresenta os procedimentos da pesquisa e por fim, analisa os dados coletados à luz das relações sociais do trabalho assalariado, buscando estabelecer como e em que medida os conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde guardam relação com as condições/ organização do trabalho, além de relacionar os conflitos com a formação do trabalhador e as relações de classe. O quinto tópico apresenta as considerações finais.

## **2 AS RELAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO ASSALARIADO SOB O CAPITAL MONOPOLISTA**

Neste tópico trataremos das relações sociais do trabalho assalariado que se estabelecem sob o Capital Monopolista, fase atual do modo capitalista de produção.

Iniciaremos nossa exposição retomando a categoria trabalho no seu duplo aspecto: o ontológico e o histórico, por meio do qual emerge um novo tipo de ser, que se constrói na ação com a natureza e na interação com outros homens: o ser social.

As categorias do objeto que dizem respeito a este tópico são a concepção ontológica do trabalho e o trabalho subordinado sob o capital monopolista.

Embora o foco do nosso estudo sejam as relações sociais do trabalho assalariado sob o Capital Monopolista, foi necessário recapitular, ainda que brevemente, sua transição do modo de produção anterior a fim de mostrar como tais relações não são atemporais e eternas, mas resultam de um processo engendrado pelo modo como os homens coletivamente produzem sua existência a partir das condições materiais em um determinado tempo histórico. Essa recapitulação também é pertinente porque nos possibilita reconhecer no passado, elementos que estavam ainda encobertos e que hoje aparecem como resultado de um processo. (KLEIN, 2012).

No capitalismo, as relações sociais do trabalho se dão a partir do assalariamento, ou seja, a partir da apropriação privada da força do trabalho e dos meios de produção (instrumentos), resultando em relações sociais de classe nas quais quem detém os meios de produção é a classe dominante, possuindo também o poder político e econômico. Em decorrência, a classe que não detém os referidos meios, nem sempre conseguindo se inserir na sociedade de consumo, a não ser trabalhando para outrem, passa à condição de classe explorada, ficando sujeita às vicissitudes das oscilações do mercado, dentre eles o desemprego, como ameaça maior.

Pode-se argumentar que por meio do esforço, empenho e criatividade de cada um, tais dificuldades possam ser superadas; contudo, isso acontece mais como **exceção muito excepcional** do que como regra e nosso objetivo é tratar do que aparece como realidade para a maioria esmagadora da população.

Veremos adiante que as relações de exploração não são prerrogativa do modo capitalista de produção, contudo, dado o desenvolvimento científico-tecnológico alcançado na atualidade, elas causam assombro por serem desnecessárias e anacrônicas.

A história do capitalismo é um longo processo gestado ao final da ordem feudal, na transição do trabalho artesanal para o trabalho fabril. Transição que possibilitou o aumento da produtividade e do consumo, o que trouxe benefícios evidentes para a população.

O novo modelo produtivo engendrou relações sociais de trabalho até então desconhecidas, decorrentes, entre outros, da apropriação técnica do trabalho artesanal, da posse dos meios de produção, da cisão do trabalho em manual e intelectual, do assalariamento, da implantação do trabalho parcelar. Isso implica a perda do domínio integral do trabalho pelo trabalhador, produzindo simultaneamente o trabalhador coletivo, o trabalho alienado/estranhado e o abstrato, tendo como consequência, novas relações sociais do trabalho, as quais, por se basearem na exploração do trabalho alheio, entre outros, motivam as críticas ao referido modelo.

Com a exposição realizada até aqui, nossa intenção é explicitar, sem pretensão de esgotar o tema, a relação entre a organização do trabalho e as relações sociais de produção que se estabelecem sob o capitalismo, com o intuito de, no tópico quatro, correlacioná-las com os conflitos protagonizados pelos trabalhadores da saúde, tomando por base o hospital público estudado.

## 2.1 A DIMENSÃO ONTOLÓGICA DO TRABALHO

Falar sobre a dimensão ontológica do trabalho é fundamental antes de passarmos adiante. Isso porque é por meio do trabalho que o homem pode desenvolver suas potencialidades, ou seja, aquilo que a vida em sociedade torna possível ao gênero humano. Podemos dizer que o trabalho é a ação dos seres

humanos sobre a natureza, com o objetivo de se apropriar dos recursos nela existentes, dando-lhes forma útil às necessidades humanas. Nessa ação, o homem modifica a natureza, expande suas capacidades físicas e mentais, adquire maior domínio sobre a natureza, transformando-a e ao mesmo tempo impondo transformações a si mesmo.

Por mais rudimentar que seja sua produção, o trabalho humano não é meramente instintivo, como a atividade dos demais animais. Ele é realizado com uso de instrumentos (meios de trabalho) que potencializam seu corpo, de forma consciente e teleológica, ou seja, destina-se a um fim previamente pensado pelo trabalhador e é subordinado à sua vontade. Isso é o que distingue o trabalho humano (por mais simples que seja) do de qualquer animal (por mais perfeito que seja); assim sendo, o trabalho propriamente dito refere-se à atividade exclusivamente humana. Afirma Marx, numa das mais conhecidas passagens de *O Capital*:

Quando o trabalhador chega ao mercado para vender sua força de trabalho, é imensa a distância histórica que medeia entre sua condição e a do homem primitivo com sua forma ainda instintiva de trabalho. Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes à do artesão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. (MARX, 2012, p. 211-212).

A dimensão ontológica do trabalho explica a razão central da oposição capital-trabalho, no nosso entendimento. No item 2.3 apresentaremos o trabalho na sua dimensão histórica.

## 2.2 A RE(PRODUÇÃO) DA EXISTÊNCIA E AS RELAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO

No seu aspecto mais simples, o trabalho é motivado pela necessidade que tem o homem de (re)produzir sua existência: moradia, alimentos, vestimentas, etc., sendo condição necessária e permanente da vida humana e que, por essa razão,

encontra-se presente em todas as formações sociais, hoje ou nos tempos mais remotos. (MARX, 2012, p. 218).

Qualquer grupamento humano, portanto, do mais primitivo ao mais complexo, em qualquer tempo ou localidade, não prescinde do trabalho, ainda que se relacionando com a natureza de formas e com instrumentos absolutamente diferentes, por ele mesmo produzidos, dos mais rudimentares aos mais sofisticados. Basta dar uma rápida “olhada” na história para concluirmos que o modo de viver, trabalhar, produzir, não são os mesmos nos diferentes tempos históricos. Daí a afirmativa: “O que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz mas o como, com que meios de trabalho se faz”. (MARX, 2012, p. 214).

Sem a produção de bens necessários para que os homens satisfaçam suas necessidades, eles desapareceriam; assim sendo, sua continuidade pressupõe a produção, no mínimo de valores de uso, ou seja, para o autoconsumo. Trata-se de um fato histórico. Também o é, o fato de a satisfação das necessidades gerarem novas necessidades. Ao longo desse processo o homem produz sua existência tanto quanto a reproduz, garantindo sua continuidade por meio da repetição do modo de produção da existência. Esse processo forma uma unidade inseparável de relações: relação com a natureza e relação dos homens entre si por meio da colaboração.

A gênese dessa relação social encontra-se nos grupos familiares primitivos como relação natural. À medida que esses grupos se ampliam e se complexificam, o mesmo ocorre com suas necessidades, modificando o modo como produzem sua existência, dando origem a novas e cada vez mais complexas relações sociais:

(...) os homens, que cotidianamente renovam sua vida, passam criar outros homens, a se reproduzir: é a relação entre homem mulher, entre pais e filhos, a família. Essa família, que no início é a única relação social, torna-se depois, quando as necessidades ampliadas geram novas relações sociais, e o aumento populacional gera novas necessidades, uma relação secundária (...) e deve, por essa razão, ser tratada e desenvolvida de acordo com os dados empíricos existentes (...). A produção da vida, seja da própria vida pelo trabalho, seja a de outros, pela procriação, nos aparece a partir de agora como dupla relação: de um lado, como relação natural de outro, como relação social — social no sentido em que se compreende por isso a cooperação de vários indivíduos, em quaisquer condições, modo e finalidade. De onde se segue que um modo de produção ou uma determinada fase industrial estão sempre ligados a uma determinada forma de cooperação e a uma fase social determinada, e que essa forma de cooperação é, em si própria, uma “força produtiva”; decorre disso que o conjunto das forças produtivas acessíveis aos homens condiciona o estado social e que, assim a “história dos homens” deve ser estudada e elaborada sempre em conexão com a história da indústria e do intercâmbio. (MARX & ENGELS, 2005, p. 54-56).



Sendo assim, a produção da existência implica necessariamente sua reprodução e a produção de novas relações sociais. A (re)produção da existência é efetivada de acordo com o modo de produção adotado pela sociedade, em consonância com as possibilidades presentes em um determinado tempo e espaço históricos segundo o desenvolvimento das forças produtivas<sup>8</sup>.

O modo como os homens se relacionam entre si é mutável e se forma no interior do processo produtivo como resultado do trabalho e em condições desiguais de existência. A apropriação dos meios de produção e da força de trabalho constitui a classe dominante da sociedade, e os trabalhadores formam o segmento dominado. Dominação que difere na forma de exploração do trabalho alheio, como veremos adiante, ao tratarmos do caráter histórico do trabalho.

Outro aspecto importante inerente à reprodução da existência é a criação do mundo não natural que podemos designar como artificial. Tipicamente humano, o mundo artificial, é produzido social e coletivamente a partir da natureza. Tal produção implica a criação de produtos materiais (objetos, instrumentos etc.) e espirituais (cultura, arte, filosofia, religião, etc). Estes últimos, na concepção marxiana, formam o conjunto de ideias e crenças (ideologia) que caracterizam uma determinada sociedade e que são as ideias da classe dominante. O que transforma uma classe em classe dominante é o fato dela dispor dos meios de produção material e espiritual e constituir-se de indivíduos que produzem pensamentos, leis, instituições etc. que são incorporadas pelas demais classes, ou seja, as classes dominadas, como sendo “naturais”.

As ideias [*Gedanken*] da classe dominante são, em todas as épocas, as ideias dominantes; ou seja, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo sua força espiritual dominante. A classe que dispõe dos meios de produção material dispõe também dos meios de produção espiritual, o que faz com que sejam a ela submetidas, ao mesmo tempo, as ideias daqueles que não possuem os meios de produção espiritual. As ideias dominantes, são, pois, nada mais que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são essas as relações materiais dominantes compreendidas sob a forma de ideias; são, portanto, a manifestação das relações que transformam uma classe em classe dominante; são dessa forma, as ideias de sua dominação. Os indivíduos que formam a classe dominante possuem, entre outras coisas, também

---

<sup>8</sup> No conceito de forças produtivas há a combinação do trabalho vivo e os meios de produção (ferramentas, máquinas, técnicas, materiais, conhecimento técnico; a terra e os demais recursos naturais).

uma consciência e, por conseguinte, pensam; uma vez que dominam como classe e determinam todo o âmbito de um tempo histórico, é evidente que o façam em toda a sua amplitude e, como consequência, também dominem como pensadores, como produtores de idéias, que controlem a produção e a distribuição das idéias de sua época, e que suas idéias sejam, por conseguinte, as idéias dominantes de um tempo. (MARX & ENGELS, 2005, p.78).

Consideramos elucidativa essa leitura sobre como as ideias dominantes de um tempo não são universais nem eternas, mas construídas a partir das classes dominantes. Tais ideias por serem interiorizadas acriticamente como verdadeiras pelos demais membros da sociedade, legitimam o *status quo*, naturalizando até mesmo o que degrada o homem.

Portanto, a forma como os homens relacionam-se entre si, guarda relação com a posição social que ocupam na sociedade. Tais ideias assumem o caráter de verdade, sendo universalizadas e aceitas, algumas vezes de forma passiva, com isso, naturalizando as desigualdades, a posição que cada um ocupa na sociedade, enfim, as relações sociais.

Contudo, como o movimento é inerente à vida social, a alteração da forma de (re)produção da existência e as relações sociais alteram-se permanentemente (apesar disso ocorrer em ritmos/tempos diferentes). Essa transformação acontece a partir das mudanças da organização social do trabalho e dos meios de trabalho, ou seja, dos instrumentos e da apropriação da força de trabalho. Em outras palavras, instrumentos mais eficientes resultam em aumento da produtividade, o que mais cedo ou mais tarde, provoca novas relações de produção e novas relações sociais.

Portanto, o acúmulo desses avanços produzidos a partir das condições de existência, engendra condições para a superação das relações sociais de produção. “Essas condições de existência, que as várias gerações encontram já prontas, decidem também se as convulsões revolucionárias que periodicamente se repetem na história serão ou não fortes o suficiente para subverter as bases do que existe”. (MARX & ENGELS, 2005, p. 66). Foi o que aconteceu na passagem do mundo primitivo para a antiguidade, desta para o período feudal e deste para o modo capitalista de produção. Essa ideia de superação é utilizada por Marx como solução para explicar a transição típica das épocas revolucionárias. Ou seja, as revoluções, para acontecerem, dependem de que o desenvolvimento das forças produtivas ultrapasse as forças produtivas anteriores, o que, por consequência, altera as relações de trabalho existentes, provocando conflitos, manifestações/revoltas

populares e posteriormente rompimento com o sistema de relações sociais que se tornaram em desacordo com o tempo histórico. Daí a afirmativa, “os homens fazem sua história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, ligadas e transmitidas pelo passado”. (MARX, 1968, apud: NETTO E BRAZ, 2007, p. 169).

De acordo com Netto e Braz (2007, p. 61) (grifos dos autores), “esquemáticamente, pode-se afirmar que no modo de produção encontra-se a *estrutura (ou base) econômica da sociedade*, que implica a existência de todo um conjunto de instituições e de idéias com ela compatível”. Isso equivale a dizer que as regras, normas, leis e valores sociais guardam relação com a base econômica das sociedades, tanto quanto com determinadas posições sociais, profissões e ocupações. Na área da saúde, por exemplo, os médicos, gozam de um *status* maior com relação às demais profissões. “O saber médico é encarado como privilégio de uma elite de sábios capazes de ensinar as regras de vida adequadas ao progresso da sociedade (...)”. (ROMERO, 2002 apud: ALBUQUERQUE, 2009, p. 38).

O *status* médico, no modo de produção capitalista tem a ver com o papel da medicina na reprodução da força de trabalho, garantindo “uma quantidade de trabalhadores em condições de trabalhar, suficiente para ocupar os postos de trabalho e para compor uma reserva com vistas à reposição daqueles que se incapacitam, morrerem ou aposentarem”. (ALBUQUERQUE, 2009, p. 29). Também tem a ver com o consumo de equipamentos, exames, medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica e com a dualidade entre trabalho manual e intelectual.

A dualidade entre trabalho manual e intelectual divide os trabalhadores em dois grupos: os que executam e os que planejam. Isto desencadeia conflitos laborais importantes, sobretudo quando analisados do ponto de vista das relações sociais do trabalho.

Com base no exposto até aqui, inferimos que os conflitos que emergem no interior do ambiente laboral do hospital público que nos propusemos estudar, resultam de uma construção histórica da qual a organização do trabalho, ou seja, a hierarquia, os mecanismos de controle dos trabalhadores e da produção, a (des)centralização das decisões, a maior ou menor participação dos trabalhadores nos processos de trabalho, entre outros, faz parte.

Os processos de trabalho também são construídos historicamente como produto de relações sociais. Em outras palavras, eles variam no tempo e no espaço, de acordo com as diversas formações sociais as quais engendram processos de trabalho de acordo com seu modo de existência. Como todo processo, os do trabalho não surgem instantaneamente, mas são construídos “fio por fio na tecitura da História” (Braverman, 1977, p. 29), por isso parecendo naturais.

Os processos de trabalho buscam determinados fins. Sob a lógica do capitalismo, eles respondem à realização da contínua expansão do capital. Contudo, além de domínio dos processos de trabalho, o capital, requer a constante transformação das suas “condições técnicas e sociais”. (MARX, 2012, p. 366).

Anunciamos assim que as relações sociais da atualidade são relações engendradas pelo modo de produção vigente, ou seja, o capitalista, e que resultaram de um processo revolucionário que alterou as bases do modo de produção feudal e deram origem a processos de trabalho inéditos.

## 2.3 DO *TRIPALIUM* AO MÁXIMO DO TRABALHO ALIENADO

A concepção ontológica do trabalho ou seja, aquilo que na concepção marxiana essencializa o homem, apresentada anteriormente, tem caráter trans-histórico. Cabe destacar agora o caráter histórico do trabalho que corresponde às formas assumidas na sociedade feudal e na passagem para a sociedade atual.

O trabalho tem sido visto ao longo da história ora na sua positividade, como expressão de vida, de criação, de felicidade, de salvação, atividade vital; ora na sua negatividade, como expressão de morte, degradação, infelicidade, servidão, martírio.

A centralidade do trabalho na vida humana, segundo a concepção marxiana, supera essa dualidade entre o caráter trans-histórico e o caráter histórico do trabalho, como bem expressa Antunes (2009) ao afirmar que

foi entretanto com Marx que o trabalho conheceu sua síntese sublime: trabalhar era ao mesmo tempo necessidade eterna para manter o metabolismo social entre humanidade e natureza. Mas sob o império (e o fetiche) da mercadoria, *a atividade vital metamorfoseava-se em atividade imposta, extrínseca e exterior, forçada e compulsória*. (ANTUNES, 2009, p. 260) (grifos do autor).

Na condição de atividade vital não metamorfoseada pelo fetiche da mercadoria<sup>9</sup>, o trabalho aparece como uma atividade não apenas necessária como intrínseca e voluntária. O sofrimento nele presente faz parte do processo de humanização. Sofrimento que aparece na forma de tentativas frustradas, acertos e erros ante a resistência posta pela natureza e pelas determinações materiais. Isso difere do sofrimento provocado pela exploração do homem por outro homem. A relação sofrimento-trabalho com base na exploração do trabalho alheio pode ser expressa na palavra *tripalium*, que faz menção a um instrumento de tortura, concebido na Roma antiga, usado para punir e obrigar a produção de mercadorias.

Para Marx (2008, 2012), a forma mais desenvolvida da exploração do trabalho se explicita no conceito de alienação, própria do modo capitalista de produção, ou seja, da produção da mercadoria com o objetivo da obtenção do lucro.

De acordo com o Marx, (2008), há quatro tipos de alienação: o primeiro, diz respeito “à relação do trabalhador com o produto do trabalho como objeto estranho e poderoso sobre ele”. (Idem, p. 83).

O segundo tipo de alienação refere-se à relação do trabalhador com o ato da produção: por ser externo ao trabalhador, ou seja, não resulta da sua autodeterminação e é realizado para outrem, o trabalho torna-se obrigatório, fonte de sofrimento e, portanto, só é realizado mediante coerção física ou para satisfação imediata das carências de manutenção da vida física, ou seja, para comer, beber, morar, procriar; caso contrário, o trabalhador foge dele na primeira oportunidade.

O terceiro, refere-se ao trabalho que não leva em conta o homem como ser genérico, universal e livre que produz não apenas em função das suas necessidades físicas imediatas, como os demais animais, mas segundo sua “essência espiritual, sua essência humana” (Idem, p. 85) que modifica a si mesmo e à natureza, produzindo também realização e beleza.

---

<sup>9</sup> Segundo Marx: “A mercadoria é, antes de mais nada, um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estômago ou da fantasia, não importa a maneira como a coisa satisfaz a necessidade humana, se diretamente, como meio de subsistência, objeto de consumo, ou indiretamente como meio de produção” (MARX, 2012, p. 57). A mercadoria, portanto, é uma objetivação que resulta do trabalho humano, não importando se essa objetivação se traduz num alimento, numa vestimenta, em utensílios, móveis, etc ou os instrumentos utilizados para a produção de objetos. Mais ainda, a mercadoria existe porque existe intercâmbio entre pessoas, sendo estas mais importantes que aquelas. A mercadoria torna-se um fetiche quando passa a ser mais importante que as pessoas.

O quarto, da mesma forma que o trabalhador não identifica a si como produtor, a alienação manifesta-se também nas relações que os trabalhadores estabelecem entre si.

Enfim, no trabalho alienado, o homem não reconhece a si mesmo como produtor/criador, também não reconhece a natureza, tornando-se alheio também a ela e aos outros homens.

Essa concepção de alienação, para manter sua força interpretativa, dentro do ponto de vista marxiano, não pode ser descolada da concepção de trabalho, enquanto elemento fundante do homem. Por isso, no momento em que o homem perde o domínio sobre o quê, por quê, como e para quê produz, ele também perde uma parte importante dele mesmo com implicações importantes no que tange às suas demais relações com a natureza e com os outros homens.

Através do trabalho estranhado [alienado], o homem engendra, portanto, não apenas sua relação com o objeto e o ato de produção enquanto homens que lhe são estranhos e inimigos, ele engendra também a relação na qual outros homens estão para a sua produção e o seu produto, e a relação na qual ele está com estes outros homens. Assim, como ele engendra a sua própria produção para a sua desefetivação (...), para o seu castigo, assim como engendra o seu próprio produto para a perda, um produto não pertencente a ele, ele engendra também o domínio de quem não produz sobre a produção e sobre o produto. (MARX, 2008, p. 87).

Interessante notar que a alienação não implica sofrimento, conforme demonstram os depoimentos de sentimento de realização pessoal e profissional expressa por tantos trabalhadores e a existência dos chamados *workaholics*<sup>10</sup>. O prazer no trabalho, portanto, não é incompatível com a relação de dominação e de exploração. Tal relação, contudo, determina relações sociais desiguais e leva a comportamentos altamente competitivos e, até cruéis, geradoras de conflitos no e fora do ambiente de trabalho. Alienação supõe inclusive a ilusão do trabalho alienado: um pretenso prazer de trabalhar alienadamente. Isso é diferente do prazer do trabalho livre.

É importante considerar que a alienação não resulta da divisão social do trabalho, processo inerente a todas as formações sociais desde as comunidades primitivas e que se origina do intercâmbio entre comunidades originalmente independentes entre si, que realizam trocas mútuas e acabam tornando-se interdependentes. A alienação é um fenômeno oriundo da divisão técnica do

---

<sup>10</sup> Palavra de língua inglesa que significa viciados em trabalho.

trabalho, que consiste na decomposição progressiva das etapas de produção e que surge de forma embrionária na manufatura, sendo específica do modo de produção capitalista.

Além das dimensões ontológica e histórica, o trabalho possui outras duas dimensões: trabalho concreto e trabalho abstrato. O trabalho concreto é atividade produtora de valor de uso que, como tal, possui finalidade e utilidade para si e para a sociedade. Diante dele, o trabalhador é desafiado a encontrar soluções para os problemas que surgem no desempenho da atividade e tal desafio promove o seu desenvolvimento num processo contínuo de humanização, que o distingue dos outros animais. O trabalho concreto preserva a unidade mão e cérebro e tem como efeitos realização pessoal, sentimento de utilidade e de que se realiza uma atividade socialmente valorizada.

O trabalho abstrato, surgido com a organização do trabalho pelo capital, é atividade produtora de valor de troca. Essa dimensão do trabalho retém do trabalho concreto apenas o gasto de energia, a força de trabalho. Nele a relação homem-trabalho é bloqueada (DEJOURS, 1992), comprometendo assim a dimensão ontológica do trabalho, que lhe dá sentido. O trabalho, assim considerado, para a maioria dos trabalhadores é obrigação e tem como finalidade e sentido a mera sobrevivência.

As categorias alienação, trabalho concreto e abstrato, nos auxiliam a compreender a insatisfação, a desmotivação, o desinteresse, entre outros, relatados por muitos trabalhadores com relação ao trabalho.

Na sequência, trataremos das transformações ocorridas no mundo do trabalho a partir da manufatura.

## 2.4 A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL: DO TRABALHO MANUFATUREIRO AO TRABALHO FABRIL

A revolução industrial teve início na Inglaterra no último terço do século XVIII e transformou o processo de produção de mercadorias em âmbito mundial. Ela é antecedida pelo período manufatureiro que tem início, grosso modo, em meados do século XV e que, por sua vez, sucede a produção artesanal, típica do período feudal.

Assim, embora a manufatura se situe no interior do capitalismo, ela constitui-se como fase intermediária entre dois modos de produção distintos.

Nos primórdios do capitalismo, ela mantém muitas características do trabalho artesanal, no entanto, introduz uma diferença básica com relação a ele: na manufatura o trabalhador já não produz um produto completo, o que equivale dizer que ele se torna um trabalhador parcial; e uma diferença básica com relação ao trabalho fabril: o homem na manufatura é força motriz e usa ferramentas, isto é, ainda não se tem as máquinas para produzir.

Na sua origem, a manufatura realiza um movimento duplo que vai implicar o parcelamento gradual, porém irreversível, do trabalho do artesão e também o surgimento de uma forma de cooperação específica que vai corresponder a uma divisão de trabalho própria.

Para melhor compreender a divisão do trabalho na manufatura, é necessário atentar para os pontos que seguem. Antes de mais nada, a análise do processo de produção em suas diferentes fases coincide inteiramente com a decomposição da atividade do artesão nas diversas operações que a compõem. Complexa ou simples, a operação continua manual, artesanal, dependendo, portanto, da força, habilidade, rapidez e segurança do trabalhador individual, ao manejar seu instrumento. O ofício continua sendo a base. Essa estreita base técnica exclui realmente a análise científica do processo de produção, pois cada processo parcial percorrido pelo produto tem de ser realizável como trabalho parcial profissional de um artesão. É justamente por continuar sendo a habilidade profissional do artesão o fundamento do processo de produção que o trabalhador é absorvido por uma função parcial e sua força de trabalho se transforma para sempre em órgão dessa função parcial. Finalmente, a divisão manufatureira do trabalho é uma espécie particular de cooperação, e muitas de suas vantagens decorrem não dessa forma particular, mas da natureza geral da cooperação. (MARX, 2012, p. 393).

O trabalho tipicamente artesanal era realizado por um artesão altamente qualificado (virtuoso) que produzia sua mercadoria do começo ao fim, ou seja, por inteiro. Em outras palavras, dominando o seu ofício integralmente, o artesão realizava todas as etapas da produção, do planejamento à execução, produzindo ao final uma obra de arte.

A divisão do trabalho na manufatura provocou a cisão do trabalho em manual e intelectual, o que inexistia no modo de produção feudal, ou seja, no artesanato<sup>11</sup>. No trabalho artesanal, a organização, a motivação, o planejamento, as

---

<sup>11</sup> Queremos pontuar que não se trata de advogar o retorno àquele tempo, cujas condições de vida primavam pela precariedade e escassez, além de também apresentarem relações sociais marcadas



técnicas, os instrumentos, os materiais, o ritmo e o tempo para a realização do trabalho ficavam a critério do artesão que era, ao mesmo tempo, o dono dos meios de produção. Tal condição dava a ele o domínio do conhecimento de todas as etapas da produção, de todo o processo de trabalho e o reconhecimento de si mesmo no produto por ele produzido e cujo valor precípuo era o valor de uso. Isso equivale a dizer que competia ao trabalhador tanto a responsabilidade pelo planejamento - trabalho intelectual – como pela execução - trabalho manual. Essa situação foi alterada no modo de produção capitalista, que destituiu os artesãos do domínio do conhecimento de todo o processo produtivo. A separação entre trabalho intelectual e trabalho manual implica relações sociais de produção, baseadas em relações sociais desiguais. Importante ressaltar que não se trata de demonizar o avanço das forças produtivas, inerentes ao metabolismo homem-natureza. Muito pelo contrário. O problema reside no fato desse avanço não beneficiar grande parcela da população mundial que continua alijada das conquistas da humanidade, da qual faz parte e ajudou a construir.

A associação do trabalho intelectual com o manual, somada à habilidade com que o mesmo era realizado, é o que caracteriza o artesão como trabalhador altamente qualificado.

Na manufatura, como os métodos de trabalho ainda estavam nas mãos dos artesãos e dos camponeses, a intervenção do capitalista não altera os métodos de trabalho, ou seja, o trabalho ainda não havia sido subordinado ao capital. Tanto uns quanto outros ainda possuíam os meios de produção que utilizavam no seu trabalho pessoal. Vigorava, então, a divisão social do trabalho, a qual se caracteriza pela distribuição do trabalho em especialidades/ocupações. Por exemplo, o trabalho do carpinteiro, do sapateiro, do padeiro, entre outros, em que cada um domina todas as fases da produção.

Importante ressaltar que a divisão social do trabalho foi um processo comum a todas as sociedades humanas, cujas primeiras formas, baseadas no sexo, depois nas atividades artesanais e agrícolas, tinham por finalidade melhorar a produção e minimizar a carência geral de mercadorias e a dureza da vida cotidiana. Ela se origina do trabalho humano que busca o trabalho realizado em conjunto com os demais membros da sociedade, ou seja, o trabalho social. Esse tipo de divisão

organiza a sociedade em ocupações de acordo com os diferentes ramos de produção.

A divisão social do trabalho possui características diferentes nas comunidades primitivas, dada sua simplicidade, e nas sociedades mais complexas. Ambas, contudo, não visavam o excedente de produção, tendo por fim o lucro. Isso só vai ocorrer na sociedade capitalista, a partir da produção manufatureira, quando emerge do seu interior a divisão técnica do trabalho, tipificada pela fragmentação progressiva das etapas de produção e, portanto, do trabalhador. “(...) a divisão social do trabalho, quer se processe ou não através da troca de mercadorias, é inerente às mais diversas formações econômicas da sociedade, a divisão do trabalho na manufatura é uma criação específica do modo de produção capitalista” (MARX, 2012, p. 414) e vai caracterizar-se pela repartição de cada especialidade em operações limitadas, ou seja, pelo parcelamento.

Braverman (1977) traça paralelo quanto ao resultado da divisão social e da divisão técnica no que tange à sociedade, ao trabalhador, ao trabalho e ao próprio homem:

A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção; a divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações consideradas neste sentido, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção. No capitalismo, a divisão social do trabalho é forçada caótica e anarquicamente pelo mercado, enquanto a divisão do trabalho na oficina é imposta pelo planejamento e controle. Ainda no capitalismo, os produtos da divisão social do trabalho são trocados como mercadorias, enquanto os resultados da operação do trabalhador parcelado não são trocados dentro da fábrica como no mercado, mas são todos possuídos pelo mesmo capital. Enquanto a divisão social do trabalho subdivide a *sociedade*, a divisão parcelada do trabalho subdivide o *homem*, e enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer o indivíduo e a espécie, a subdivisão do indivíduo, quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade. (BRAVERMAN, 1977, p. 72) (grifos do autor).

Na divisão social do trabalho, a ajuda mútua, ou seja, a cooperação, como trabalho social, sempre existiu e não podia mesmo ser suprimida, sob o custo de inviabilizar a reprodução da existência. Assim, é importante ter em mente que a cooperação não foi criada no capitalismo, mas foi sob ele que ela se tornou um sistema de trabalho, a partir do trabalho parcelar.

Marx define cooperação como “a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos”. (MARX, 2012, p. 378).

Na fase manufatureira de transição para o capitalismo, vigorava a cooperação simples, em que os trabalhadores mantêm independência no seu modo de trabalhar, embora já tenha tido início o processo de criação do trabalhador parcial/coletivo por meio da decomposição progressiva das diferentes etapas de um mesmo ofício, com os trabalhadores agora reunidos em um mesmo local: a oficina.

Assim, a manufatura, pouco a pouco, rompeu com o domínio do artesanato sobre a produção. “O período manufatureiro simplifica, aperfeiçoa e diversifica as ferramentas, adaptando-as às funções exclusivas e especiais do trabalhador parcial. Com isso, cria uma das condições materiais para a existência da maquinaria, que consiste numa combinação de instrumentos simples” (MARX, 2012, p. 396), engendrando assim, a fase seguinte, o processo fabril, o qual promove a subsunção real do trabalho ao capital.

A citação a seguir explicita com clareza o processo pelo qual o trabalho é abarcado pelo capital, implicando o aumento da produtividade, mas à custa da divisão dos trabalhadores em dois grupos: uma minoria altamente especializada e uma maioria progressivamente depreciada pela perda dos saberes que lhes possibilitavam acompanhar o processo produtivo integralmente.

Na segunda metade do século XVIII, a ofensiva do capital sobre o trabalho avançou: à cooperação passa a suceder a **manufatura**. Aqui, já não se trata de reunir trabalhadores num espaço físico determinado; trata-se de reuni-los e de *especializar* as suas atividades – com a manufatura, o capital introduz na produção uma *divisão do trabalho* específica (...) [que] conduz à destruição dos saberes de ofício que permitiam ao trabalhador o conhecimento técnico do conjunto das operações necessárias à produção de certo bem. (...) A divisão capitalista do trabalho no interior das unidades produtivas propiciará um enorme aumento da produtividade do trabalho e terá como efeito uma diferenciação da força de trabalho que favorecerá os desígnios do capitalista: de um lado, criará uma parcela de trabalhadores altamente especializados, que disporá de condições de negociar em posição de força com o capitalista; mas de outro, *desqualificará* a maioria das atividades simples (...) O período manufatureiro desobstrui a via para que o processo de trabalho seja realmente comandado pelo capital. (NETTO E BRAZ, 2007, p. 111-112) (Grifos dos autores).

Apesar de na manufatura já existir a figura do capitalista, o controle sobre os processos de trabalho era limitado devido ao conhecimento detido pelos trabalhadores. Ainda assim, o mero fato da junção dos trabalhadores em um mesmo

lugar maximiza a produção, como resultado da força produtiva do trabalho social e, portanto, o lucro do capitalista. (Marx, 2012, p. 382).

Da citação acima podemos inferir que a junção dos trabalhadores em si não é problemática, já que

todo trabalho diretamente social ou coletivo, executado em grande escala, exige (...) uma direção que harmonize as atividades individuais e preencha as funções gerais ligadas ao movimento de todo o organismo produtivo, que difere do movimento dos seus órgãos isoladamente considerados. (...) Um violinista isolado comanda a si mesmo; uma orquestra exige um maestro. (MARX, 2012, p. 384).

Ela, porém, se torna problemática em função da lógica do capital:

com a cooperação de muitos, assalariados, o domínio do capital torna-se uma (...) condição necessária da produção (...) tão necessária quanto o comando de um general no campo de batalha. (...)

Antes de tudo, o motivo que impele e o objetivo que determina o processo de produção capitalista é a maior expansão possível do capital, isto é, a maior produção possível de mais-valia, portanto, a maior exploração possível da força de trabalho. Com a quantidade dos trabalhadores simultaneamente empregados, cresce sua resistência, e com ela, (...) a pressão do capital para dominar essa resistência. (MARX, 2012, p. 383-84).

Portanto, surge dessa junção de trabalhadores uma nova relação social desconhecida pelo modo de produção feudal fundada no artesanato. A cooperação, sob o capital, surge como método de trabalho. Os trabalhadores perdem sua independência, ficando subordinados a um comando externo. Ocorre que, simultaneamente ao incremento da produtividade, aumentou também a resistência do trabalhador e a pressão do capital para contê-la. O antagonismo de classe, antes entre servos e nobreza, migra para antagonismo entre trabalhador assalariado e burguesia.

A resistência do trabalhador decorre da tomada de consciência da exploração a que é submetido, em que o lucro do trabalho por ele realizado cabe ao patrão (o dono dos meios de produção), sendo seu salário insuficiente, muitas vezes, para adquirir o próprio produto que ajudou a produzir.

Assim, no modo de produção moderno, a resistência do trabalhador resulta da divergência de interesses entre capital e trabalho. Nele a independência do trabalhador é suprimida pela nova organização do trabalho que submete o trabalhador ao comando e à disciplina do capital, além de criar “uma graduação

hierárquica entre os próprios trabalhadores” (Marx, 2012, p. 415), personificada na figura do patrão, dos capatazes.

Sob o comando do capital e mediante a resistência do trabalhador, o controle dos processos de trabalho torna-se fundamental para a obtenção do lucro.

Como já mencionado, o avanço das forças produtivas iniciado na Idade Média incrementa o excedente de produção, a troca, a ativação do comércio, criando as condições para o surgimento do trabalho fabril, com a introdução de métodos de produção e gerenciais com vistas à maior produtividade e lucro, ao menor desperdício de material e de tempo, que submetem o trabalhador ao controle do capitalista.

O mecanismo específico do período manufatureiro é o trabalhador coletivo, constituído por muitos trabalhadores parciais. (...) O trabalhador coletivo passa a possuir, então, todas as qualidades produtivas no mesmo grau elevado de virtuosidade e as despende ao mesmo tempo, da maneira mais econômica, individualizando todos os seus órgãos em trabalhadores especiais ou em grupos de trabalho aplicados exclusivamente em funções específicas. (MARX, 2012, p. 403-404).

A virtuosidade do trabalhador coletivo corresponde à execução de apenas um gesto por parte do trabalhador parcial, diferenciado de acordo com a função que executa. Por exemplo, um corta a peça, outro fura, outro coloca o parafuso, outro o aperta, e assim sucessivamente até a conclusão do produto. Assim, o trabalhador parcial realiza uma parte ínfima do produto final, por meio de um trabalho que não exige nenhuma habilidade especial, nenhum planejamento. O gesto específico de cada trabalhador, ao final do processo, dá concretude ao produto, tornando os trabalhadores no conjunto, um trabalhador coletivo. Importante considerar que o trabalhador parcial, não precisa, necessariamente, entender o quê e por quê ele e os outros trabalhadores da esteira produtiva fazem, nem saber o resultado final do seu trabalho. O importante é que cada um faça com perfeição o gesto que lhe cabe.

Essas características implicam que sua atividade pode ser realizada por qualquer outro trabalhador, podendo ele ser substituído facilmente; que o valor da força de trabalho é reduzido a quase nada; que seu trabalho meramente manual, pouco comporta do domínio teórico da produção. Isso torna o capitalista detentor do domínio absoluto dos fluxos de todo o processo produtivo e da força de trabalho.

Da divisão técnica do trabalho, por conseguinte, emerge o trabalhador coletivo e o trabalhador parcial. Por isso se diz que o trabalhador coletivo é o que

possui todas as qualidades dispersas no trabalhador individual, tornado trabalhador parcial. A divisão técnica do trabalho aumenta a produtividade, mas torna o trabalho extremamente repetitivo, monótono e mecânico, o que foi bem retratado no filme “*Tempos Modernos*”, produzido e estrelado pelo produtor e ator britânico Charles Chaplin. É sabido que esse tipo de trabalho tem consequências nocivas para a saúde do trabalhador, tanto do ponto de vista psíquico como do físico, como veremos mais adiante, no tópico três, referente às críticas à Organização Científica do Trabalho, embora ele ainda seja uma realidade para alguns segmentos produtivos, tais como a linha de abate de aves, por exemplo.

Com o trabalhador coletivo, a produção manufatureira adota “conscientemente como princípio a diminuição do tempo necessário para a produção de mercadorias” (MARX, 2012, p. 402), apropriando-se da base técnica do trabalho artesanal, tanto quanto dos meios de produção e, por conseguinte, tornando a produção tipicamente feudal anacrônica, ou seja, sem sintonia com o novo tempo histórico caracterizado pelos avanços científico-tecnológicos e sociais, engendrados pela economia de mercado. Assim, a manufatura, decorrente da Revolução Comercial, torna a produção artesanal fadada à superação, pois, ao abrir caminho para a Revolução Industrial, “a produção capitalista foi se implantando em um número crescente de lugares, mobilizando um verdadeiro exército de trabalhadores assalariados. Não sobrava mais lugar para a produção de mercadorias feitas por artesãos independentes”. (KONDER, 1976, p. 146).

Sobre o trabalho parcelado, consideramos relevante a observação de Braverman (1977), que estabelece que não é a separação do trabalho da produção em seus elementos constituintes que enseja o trabalho parcelado, pois isso é característica do trabalho organizado pelos trabalhadores artesanais para atender às suas próprias necessidades.

O autor exemplifica essa afirmativa com dois exemplos: o do funileiro e o do contador. Ficamos com o do segundo,

cujo trabalho é emitir letras e manter registros para futura cobrança; ele preparará um título se trabalhar para um advogado que tenha apenas uns poucos clientes em certa época, imediatamente lançará no livro e nos assentamentos do cliente. Mas, se houver centenas de letras por mês, o contador as juntará e levará um ou dois dias, lançando-as nas devidas contas. Alguns desses lançamentos serão então feitos diária semanal ou mensalmente pelos totais, em vez de um por um o que economiza enorme trabalho quando se trata de grandes quantidades; ao mesmo tempo, o

contador utilizará outros expedientes ou recursos que se tornam praticáveis quando as operações são analisadas ou parceladas deste modo, tais como adoção de fichas especiais ou modelos com papel carbono que combinem numa só operação o lançamento à conta do cliente e a preparação do balancete mensal. (BRAVERMAN, 1977, p. 74-5).

Cada um de nós, se pararmos para pensar nas nossas atividades diárias, identificará situações em que parcelamos o trabalho, de forma quase “instintiva”. Até mesmo no trabalho doméstico isso ocorre, visando racionalizar o processo de trabalho e economizar tempo.

Com base em Adam Smith, Braverman (1977) apresenta as seguintes vantagens da manufatura: primeira, aumento da destreza do trabalhador individual; segunda, economia de tempo; terceira, invenção de grande número de máquinas. No entanto, adverte que, quando o próprio trabalhador parcela o trabalho, ele não se torna um trabalhador parcelado. O problema do trabalho parcelado nos moldes capitalistas é tornar o trabalhador “inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção”. (Idem, p. 72). Isto ocorre apenas sob o modo capitalista de produção. A divisão do trabalho que, aparentemente é inerente ao trabalho humano, no capitalismo assumiu especificidades particulares ao fragmentar o trabalho social em parcelas cada vez menores.

As categorias apresentadas até o momento são inerentes à lógica do modo de produção capitalista, independentemente das mudanças históricas que ele vai adquirindo desde a manufatura, e são fundamentais para a compreensão das relações sociais do trabalho na atualidade. Entendemos ser isso importante para estabelecer as diferenças que ocorreram no desenvolvimento das forças produtivas, para mostrar como as relações sociais do trabalho lhe são intimamente relacionadas, alterando-se nas suas diversas fases e, ao mesmo tempo, para reafirmar que a coluna dorsal do modo de produção capitalista é a mercadoria e o lucro.

## 2.5 O TRABALHO SUBORDINADO SOB O CAPITALISMO MONOPOLISTA

Vimos que a essência do capitalismo é a produção de mercadoria enquanto valor de troca e que o lucro é sua característica fundamental. Verificamos ainda que

o avanço científico-tecnológico propiciado pelo capital, em razão da sua lógica, não beneficiou a humanidade como um todo, haja vista, para citar alguns exemplos, os milhões de famintos, de pobres, de desempregados ou subempregados, de crianças, jovens e adultos sem acesso à educação de qualidade, de pessoas sem acesso a serviços sanitários mínimos e que, em razão disso, morrem de doenças plenamente evitáveis.

Desde o seu início na manufatura, a par do avanço sistemático e progressivo que o capitalismo promoveu nas forças produtivas, o capitalismo manteve aquilo que lhe é inerente, ou seja, a busca do lucro. Assim, qualquer que seja a forma que ele assuma, a lei do valor e a lei geral da acumulação são centrais nesse modo de produção. A lei do valor é a que indica o preço da mercadoria, cuja produção é realizada de forma anárquica, no sentido de que embora a economia capitalista seja “planejada e racionalizada no interior das unidades produtivas, não obedece a *nenhum* planejamento ou controle global” (NETTO e BRAZ, 2007, p. 160) (grifo dos autores), não guardando relação com a necessidade real das mercadorias por parte dos consumidores, provocando desse modo, ora escassez, ora abundância desnecessária (superprodução). A lei da acumulação é a da reprodução ampliada, ou seja, a que busca a permanente valorização do capital. A regulação aparece em decorrência do próprio mercado,

encarecendo as mercadorias que faltam e barateando as mercadorias que abundam. Essa regulação, na medida em que não resulta de um planejamento e da ação consciente dos produtores, se *impõe* a eles como uma força externa e estranha e os obriga a redimensionar a produção. (...) A lei do valor é, no âmbito da produção de mercadorias, o único regulador efetivo da produção e da repartição do trabalho e funciona a revelia dos homens, como completamente fora do seu controle; no modo capitalista, ela comparece no mecanismo das crises econômicas (...) e não é por acaso que tais crises são geralmente percebidas como fenômenos que não podem ser controlados e evitados, antes parecendo verdadeiros fatos da natureza. (NETTO E BRAZ, 2007, p. 91) (Grifo dos autores).

Esse comportamento do mercado corresponde à alienação que os trabalhadores têm em relação à perda de controle da produção, só que agora, extensivo à sociedade como um todo, inclusive ao próprio capitalista, pois a mercadoria manifesta-se na forma autônoma com relação àqueles que a produzem.

A mercadoria passa a ser, então, a portadora e a expressão das relações entre os homens. Na medida em que a troca mercantil é regulada por uma lei que não resulta do controle consciente dos homens sobre a produção (a



lei do valor), na medida em que o *movimento das mercadorias* se apresenta independentemente da vontade de cada produtor, opera-se uma inversão: a mercadoria, *criada pelos homens*, aparece como algo que lhes é alheio e os domina; a *criatura* (mercadoria) revela um poder que passa a subordinar o *criador* (homens).

No mercado, a mercadoria realiza esta inversão: as relações sociais, *relações entre homens*, aparecem como *relações entre coisas*. As relações entre os produtores mostram-se como relações entre mercadorias. (NETTO E BRAZ, 2007, p. 92) (Grifos dos autores).

O capital monopolista esboça-se a partir das duas ou três últimas décadas do século XIX, apresentando três fases: a clássica (de 1890 a 1940); a dos “anos dourados” (de 1945 a 1970) e a fase contemporânea (de 1970 aos dias atuais). Todas as fases do capitalismo apresentam crises recorrentes, embora o espaço entre elas tenham sido mais ou menos alongadas (como foi o caso dos “anos dourados”).

Na fase clássica, intensifica-se a tendência da mundialização do capital como estratégia para garantir e explorar mercados. É, entretanto, após a crise da bolsa de Nova York, em 1929, num cenário de intensas mudanças sociais, tecnológicas (transporte, comunicação), industriais (novas fontes de energia) e grande aumento populacional que ela se consolida. Tal conjuntura implicou o aumento da produção e estimulou as grandes empresas a ampliarem seus negócios. (NETTO E BRAZ, 2007).

O período enfrentou duas guerras mundiais (a primeira de 1914 a 1918, a segunda de 1939 a 1945), viveu turbulências sociais, econômicas e políticas caracterizadas por intensas manifestações, presenciou a resistência e oposição dos trabalhadores, o crescimento do movimento sindical, a criação do primeiro Estado operário na Rússia em 1917, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), o surgimento de diversos partidos comunistas em diversos países, entre outros. Esse contexto representava uma ameaça ao capitalismo, tornando necessária a intervenção do Estado (burguês),

seja no nível de investimentos, estimulando-os diretamente (inclusive com o Estado operando como empresário capitalista em setores chave da economia), seja no tocante à reprodução da força de trabalho desonerando o trabalho de suas despesas (através de programas sociais tocados por agências estatais) (...) com o objetivo de regular os ciclos econômicos.

[Criando as bases para a implantação do Estado interventor sob a liderança de Keynes que] atribuía papel central ao orçamento público enquanto indutor de investimentos. (NETTO E BRAZ, 2007, p. 195).

Tal política abriu a segunda fase do capitalismo monopolista que ficou conhecida como “anos dourados”, os quais duraram três décadas. Como o nome sugere, foram anos que apresentaram resultados econômicos e taxas de crescimento excepcionais, além da diminuição e maior espaçamento entre as crises econômicas. O período foi liderado pelos chamados países de capitalismo avançado (Japão, Alemanha Ocidental, França, Grã-Bretanha, Itália e, sobretudo os Estados Unidos da América (EUA)).

Nesse contexto, a indústria automobilística, sob a batuta do fordismo, tornou-se “uma questão de Estado” (GOUNET, 1999, p. 14) em razão de representar emprego, melhorar a balança comercial, aumentar a arrecadação de impostos e a competição entre os principais países do mundo. Para o capital, havia interesse na intervenção do Estado como elemento regulador das suas crises.

Após a segunda grande guerra, o capitalismo, com o suporte do keynesianismo, se firmou, elevando o crescimento econômico - amplia-se e generaliza-se o sistema de venda a crédito para a grande massa, aumentando e estimulando o consumo; aumenta a massa de dinheiro circulante (inflação) e o padrão de vida da população. Um aspecto importante é o fato de ele ter alcançado uma dimensão internacional com a formação de mercados de massa globais. O outro foi o crescimento do setor terciário. O crescimento do setor de serviços torna a classe trabalhadora mais heterogênea e complexa, em função da ampliação do trabalho dito imaterial, ou seja, aquele “realizado nas esferas da comunicação, da publicidade e do *marketing*” (ANTUNES, 2009, p. 249), como também o setor de serviços públicos e privados, tais como saúde, educação, seguros, energia, telecomunicações. Assim, a classe trabalhadora hoje abrange o conjunto de trabalhadores, não apenas o operariado. A heterogeneidade dos trabalhadores não diz respeito apenas à diversidade dos setores, mas também à (des)qualificação<sup>12</sup>, ou seja, o conjunto da classe trabalhadora tornou-se mais heterogêneo e complexo, incorporando tanto os “segmentos minoritários e mais qualificados, que existem na grande indústria informatizada, nas esferas produtivas e nas atividades de serviços, bem como (...) os segmentos majoritários, que presenciam formas intensificadas de exploração do trabalho, dadas pelo trabalho *part time*, temporário, terceirizado,

---

<sup>12</sup> A questão da (des)qualificação dos trabalhadores é tematizada por diversos autores. Trataremos disso mais adiante.

subcontratado, etc.” (ANTUNES, 2009, p. 181) e que compõem a maioria da força de trabalho do planeta.

O período “viu a ascensão de uma série de indústrias baseadas em tecnologias amadurecidas no período entre-guerras e levando a novos extremos de racionalização na segunda guerra mundial”. (HARVEY, 2007, p. 125). O crescimento encontra sustentação na demanda em rápida expansão e

na reconstrução patrocinada pelo Estado de economias devastadas pela guerra, na suburbanização (particularmente nos Estados Unidos) na renovação urbana, na expansão geográfica dos sistemas de transporte e comunicações e no desenvolvimento infra-estrutural dentro e fora do mundo capitalista avançado. (Idem, 1992, p. 125).

Nesse período, o Estado assumiu papel de regulador na economia, realizando intervenções por meio de políticas públicas efetivadas com a implantação do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), especialmente bem sucedida nos países centrais e com alguma proteção social nos países periféricos, como foi o caso do Brasil, na implementação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Tais políticas possibilitaram a concessão de muitas das reivindicações dos trabalhadores, tais como: melhores salários, diminuição da jornada e melhores condições de trabalho, as quais continuavam a denunciar a exploração do trabalho.

O fordismo começou a apresentar problemas sérios por volta de 1965, com enfraquecimento da demanda, queda da produtividade e da lucratividade das corporações. Entre 66 e 73 as soluções do modelo Ford-Keynes revelaram-se insuficientes para conter a crise. A classe trabalhadora se manifesta por meio de greves que se repetiram ao longo de 68-72. Tensões irromperam contra o sistema, desembocando em diversas e intensas manifestações sociais. Importante considerar que as críticas ao capitalismo<sup>13</sup> e à ordem social burguesa se multiplicavam, num contexto de polarização do mundo em capitalista e comunista, dando surgimento à

---

<sup>13</sup> O que motiva as críticas ao capitalismo são as contradições a ele inerentes. Para Netto e Braz (2007), sua contradição fundamental refere-se à produção socializada e a apropriação privada do fruto do trabalho alheio. Somam-se a essa, outras três consideradas básicas pelos autores: “1ª a contradição entre a *progressiva racionalidade* que organiza a produção nas empresas capitalistas (planejamento, cálculo das relações custo/benefício, etc) e a *irracionalidade do conjunto da produção capitalista* (a ausência de um planejamento global dessa mesma produção); 2ª a contradição entre a necessária ação de cada capitalista para *maximizar seus lucros* e o resultado objetivo dessa ação, a queda da taxa de lucro; e 3ª o crescimento da produção de mercadorias *sem* um correspondente crescimento da capacidade aquisitiva (a “demanda soldável”) das massas trabalhadoras” (NETTO e BRAZ, 2007, p. 163-64). (Grifos dos autores). Para os autores a força do capitalismo é ao mesmo tempo expressão das suas contradições.

Guerra Fria, protagonizada pelos EUA e pela URSS e que durou de 1945 (fim da 2ª. Guerra Mundial) até a queda do muro de Berlim (1989) e o colapso das experiências socialistas, com a extinção da URSS em 1991.

Digno de nota é que, além do sistema, os sindicatos também foram atacados pelos grupos de excluídos por não considerá-los como representativos da classe trabalhadora em geral. Desse modo, “todas essas correntes de oposição começaram a se fundir, formando um forte movimento político-cultural, no próprio momento em que o fordismo como sistema econômico parecia estar no seu apogeu”. (HARVEY, 2007, p. 133).

Apesar disso, o fordismo se manteve aparentemente estável até a grande recessão de 1973, motivada por uma onda inflacionária que foi agravada com a crise dos preços do petróleo decorrente da guerra árabe-israelense de 1973. Esse episódio teve dois efeitos básicos: 1) levou “todos os segmentos da economia a buscarem modos de economizar energia através da mudança tecnológica e organizacional; 2) levou ao problema da reciclagem dos petrodólares excedentes, problema que exacerbou a já forte instabilidade dos mercados financeiros mundiais”. (HARVEY, 2007, p.136).

Em reação a essa conjuntura, o capital adota estratégias para o seu enfrentamento, dentre elas: 1) “o ataque ao movimento sindical, um dos suportes do sistema de regulação social encarnados por vários tipos de Welfare State” (NETTO E BRAZ, 2007, p. 215); 2) a reestruturação produtiva que implica a flexibilização dos processos de trabalho em oposição à rigidez típica do modelo anterior; 3) a desterritorialização da produção em que os grandes monopólios levam suas indústrias para países periféricos onde a força de trabalho é mais barata e o movimento sindical tem menor peso; 4) o desenvolvimento de novas tecnologias (forças produtivas) que diminuem a necessidade do trabalho vivo. (Idem, p. 215-216).

O efeito disso foi a revisão da produção excedente, da capacidade ociosa das indústrias e equipamentos, o que abriu a fase contemporânea do capitalismo, que implicou no surgimento do modelo de acumulação flexível, o qual se caracteriza pela

racionalização, reestruturação e intensificação do controle do trabalho (...). A mudança tecnológica, a automação, a busca de novas linhas de produto e nichos de mercado, a dispersão geográfica para zonas de controle do

trabalho mais fácil, as fusões e medidas para acelerar o tempo de giro do capital passaram ao primeiro plano das estratégias corporativas de sobrevivência em condições gerais de deflação. (HARVEY, 2007, p. 137-140).

O autor acrescenta que, com o objetivo de dar origem à diversificação de atividades econômicas, à intensificação de inovações e à obsolescência dos produtos, a acumulação flexível

se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. (HARVEY, 2007, p. 140).

A busca de novos nichos, novas oportunidades de negócio, novos domínios (tais como a engenharia molecular e genética, biotecnologia, a nanotecnologia, etc<sup>14</sup>), novos mercados (que se tornam cada vez mais globalizados), são estratégias recorrentes no capitalismo em resposta às crises por ele enfrentadas, o que mostra sua vitalidade e dinamismo. As respostas exitosas do modo de produção capitalista ante as crises, no entanto, se por um lado denotam esse dinamismo, por outro, revelam cada vez mais as contradições do sistema e sua impossibilidade de resolvê-las plenamente, atreladas que estão à sua “estrutura essencial” (NETTO e BRAZ, 2007, p. 168), ou seja, a busca do lucro.

Com a globalização da economia, a partir dos anos 70, as empresas se reestruturaram passando a atuar de forma complementar umas com as outras, embora guiadas por uma lógica competitiva. Lógica que alcança também os trabalhadores que passam a competir entre si pelo mercado de trabalho, levando à deteriorização das relações sociais no trabalho e fora dele, a qual redundando em muitos dos conflitos e comportamentos observados na atualidade.

O modo de produção capitalista caracteriza-se pela reprodução ampliada, ou seja, pela acumulação por meio da qual o capital busca valorizar-se permanentemente. As outras duas tendências do capital são a concentração (em que as grandes empresas capitalistas acumulam massa cada vez maior de capital),

---

<sup>14</sup> Muitos avanços científico-tecnológicos estão subordinados ao capital. Caso em que a ciência e a tecnologia são utilizadas como meio para garantir o lucro, ao invés de fim em si mesmas, ou seja, com objetivo de ampliar o conhecimento e melhorar as condições de existência da população como um todo.

e a centralização de capitais (que se efetiva por meio da junção, ou seja, da fusão de capitais já existentes). (NETTO E BRAZ, 2007, p. 127).

Braverman (1977) explica que as fusões e incorporações dão origem aos grandes conglomerados financeiros e resultam na

destruição de sua [de um capitalista] independência individual, do capitalista pelo capitalista, transformação de muitos capitais pequenos em uns poucos grandes... O capital aumenta em um lugar para uma enorme massa em uma só mão, porque em outro lugar foi perdido por muitas. (MARX, s/d, apud: BRAVERMAN, 1977, p. 220).

Com a centralização, aumenta-se enormemente o volume de capitais, tornando seu gerenciamento mais complexo e exigindo que o mesmo se profissionalize. Isso não quer dizer que os donos fiquem alheios ao processo, mas que esses grandes conglomerados rompam com o modelo em que o dono era também o gestor, ainda que com o apoio de sua família e de uns poucos administradores.

A profissionalização do gerenciamento indica que “o capital agora ultrapassou sua forma pessoal limitada e limitadora e passou a uma forma institucional”. (BRAVERMAN, 1977, p. 221), exigindo eficiência organizacional e talento para o mercadejamento<sup>15</sup>. Grosso modo, a empresa moderna adquiriu um grau de complexidade tal que necessitou ser subdividida em pelos menos três âmbitos, cada um dos quais, por sua vez, subdivididos em outros não menos complexos. O primeiro, o das atividades produtivas, em que a empresa foca na organização técnica, no planejamento, no controle da produção, inspeção e controle da qualidade, apuração de custos de fabricação, expedição e transporte, compra e controle de estoque, manutenção da fábrica e da maquinaria, administração e preparo do pessoal. O segundo, o do mercadejamento, para garantir a distribuição dos produtos, com necessidade de uma rede de transporte eficiente para superar o problema do crescimento das cidades e dispersão geográfica; a realização de vendas; intensa promoção ao consumo e publicidade (para reduzir o caráter autônomo da demanda e garantir o caráter induzido); fornecimento de suporte técnico aos clientes; planejamento da obsolescência do produto. O mercadejamento serviu de base para a empresa monopolista, dominando o mercado inicialmente em

<sup>15</sup> O mercadejamento é uma “estrutura de mercado abrangendo vendas, distribuição interna, promoção do consumo ampliado” (BRAVERMAN, 1977, p. 224).

âmbito nacional e, depois, em âmbito internacional. O terceiro, o âmbito financeiro que se converteu no “centro cerebral de todo o organismo porque nele centralizava-se a função de vigiar o capital, de conferir e controlar o progresso do seu avolumamento”. (BRAVERMAN, 1977, p. 225).

Tais empresas, pelo seu gigantismo, monopolizam o sistema econômico em âmbito mundial, visando lucros crescentes, com o sistema bancário desempenhando papel fundamental no processo de geração de renda, baseada na especulação financeira mais do que na produção.

Esses conglomerados financeiros multinacionais compartilham poder, diretrizes e decisões, integrando-se numa rede produtiva interconectada mundialmente: por um lado, separam o processo produtivo por diversas regiões do planeta; por outro garantem a unidade desse processo por meio da informática, das telecomunicações e da flexibilização da organização e da produção, o que mostra sua força e capacidade de se reinventar “graças ao rápido e intenso desenvolvimento das forças produtivas que é a sua marca”. (NETTO e BRAZ, 2007, p. 169).

Para os autores (Idem, 2007), no capital monopolista contemporâneo, “**a concentração do poder econômico conduziu e está conduzindo a uma enorme concentração do poder político**. Aqui, claramente, revela-se o caráter antidemocrático do capitalismo e, especialmente do capitalismo monopolista”. (NETTO e BRAZ, 2007, p. 224) (grifos dos autores).

O caráter antidemocrático do capital manifesta-se na tomada de decisões que lhe são favoráveis em detrimento do conhecimento e da anuência dos maiores interessados (bilhões de seres humanos), que são diretamente afetados por tais decisões. Tal política é operada por meio de instituições supranacionais, com autoridade central para exercer o controle das negociações financeiras internacionais tais como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e organismos vinculados à Organização das Nações Unidas, que executam estratégias favoráveis ao capital e exercem pressão, sobretudo nos países capitalistas periféricos. A ação do grande capital se associa à política por meio da formação de *lobbies*<sup>16</sup>, corrupção que favorece a tomada de decisões do seu

---

<sup>16</sup> Grupo de pessoas ou organização que tem como atividade profissional buscar influenciar, aberta ou veladamente, decisões do poder público, esp. no legislativo, em favor de determinados interesses privados. (Dicionário Aurélio *on line*. Acesso em 17/01/2014).

interesse. Por isso, rejeita e desqualifica qualquer controle ou regulamentação, anteriormente requerida por ele mesmo nos “anos dourados”. (NETTO e BRAZ, 2007, p. 225).

O neoliberalismo, teoria política que embasa a fase atual capitalismo monopolista, critica a intervenção do Estado na economia e defende a desmontagem (total ou parcial) ou a desregulamentação dos direitos sociais conquistados pelos trabalhadores, os quais se corporificaram nos diversos tipos de *Welfare States*. A desregulamentação almejada pelo capital diz respeito à legislação que garante a satisfação dos direitos sociais, o que leva Netto e Braz a afirmarem que “o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um **Estado mínimo para o trabalho e máximo para a capital**”. (NETTO e BRAZ, 2007, p. 227) (grifos dos autores).

A defesa por um estado mínimo, portanto, implica a necessidade da estrutura do Estado para a

proteção dos seus mercados consumidores [...]; na garantia de acesso privilegiado (via contratos públicos em setores estratégicos de alta tecnologia [...]; na obtenção de incentivos fiscais [...]; no apoio e assistência regulatória (comercial, diplomática, política e cobertura militar); e no apoio [...] para condicionar os países hospedeiros ou consumidores. (DREIFUSS, 1996 apud: NETTO e BRAZ, 2007, p. 227).

Contudo, a desregulamentação ultrapassa as relações de trabalho, avançando para as privatizações com o objetivo de retirar do controle estatal atividades e serviços potencialmente lucrativos para o capital.

É preciso considerar o quanto ambas resultam em riscos crescentes de desemprego, aumento da competitividade da força de trabalho, rebaixamento dos salários, intensificação do ritmo de trabalho, perda de direitos trabalhistas, extensão da jornada de trabalho, entre outros, o que afeta as relações sociais do trabalho.

Para Harvey,

o mais interessante na atual situação é a maneira como o capitalismo está cada vez mais organizado *através* da dispersão, da mobilidade geográfica e das respostas flexíveis nos mercados de trabalho e nos mercados de consumo, tudo isso acompanhado por pesadas doses de inovação tecnológica, de produto e institucional. (HARVEY, 2007, p. 150-51) (grifo do autor).



Isto se dá, segundo o autor, por meio de dois desenvolvimentos paralelos: primeiro, pelo desenvolvimento da informação tornada uma mercadoria de peso cujo acesso rápido, análise e tomada de decisão tornam-se vantagens competitivas; segundo, pelo surgimento de poderes enormemente alargados de coordenação financeira que são, ao mesmo tempo, global e acima do controle de qualquer governo nacional. (HARVEY, 2007).

A história do capitalismo como já foi dito, não pode ser dissociada da existência do Estado cujo papel lhe é funcional.

O emprego do poder do estado para estimular o desenvolvimento do capitalismo não é um fenômeno novo, peculiar à fase monopolista dos últimos cem anos. O governo dos países capitalistas desempenhou esse papel desde os inícios do capitalismo. No sentido mais elementar, o estado é o penhor das condições, das relações sociais, do capitalismo, e o protetor da distribuição cada vez mais desigual da propriedade que esse sistema enseja. Mas em um sentido de outro nível, o poder do estado tem sido utilizado em toda parte pelos governos para locupletar a classe capitalista, e por grupos ou indivíduos para locupletar-se si mesmos. Tendo o estado o poder de decretar impostos, regular o comércio internacional, as terras públicas, o comércio e o transporte, a manutenção das forças armadas, e o encargo da administração pública, tem servido como um aparelho para drenar a riqueza para as mãos de grupos especiais, tanto por meios legais como ilegais. (BRAVERMAN, 1977, p. 242).

A fase atual do capitalismo também se caracteriza por um lado pelo aumento do setor de serviços, que “incorporou parcelas significativas de trabalhadores expulsos do mundo produtivo industrial como resultado do amplo processo de reestruturação produtiva, das políticas neoliberais e do cenário de desindustrialização e privatização. (ANTUNES, 2005, p. 77)<sup>17</sup>.

As novas forças produtivas requerem trabalhadores capazes de dar conta de atividades e operações mais amplas e complexas e que por isso devem ser “qualificados” e polivalentes.

Essa “qualificação” do trabalhador nos moldes atuais é questionada por diversos autores, dentre eles (KUENZER (1991)<sup>18</sup>, ALBUQUERQUE (2009)

<sup>17</sup> Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), “o desemprego no mundo vai ultrapassar o patamar dos 202 milhões de pessoas em 2013 e bater o recorde absoluto de 199 milhões, datado de 2009”. Por Lusa, texto publicado por Paula Mourato em 22/01/2013. Disponível em: <[http://www.dn.pt/inicio/economia/interior.aspx?content\\_id=3007116](http://www.dn.pt/inicio/economia/interior.aspx?content_id=3007116)>. Acesso em 12/01/14.

<sup>18</sup> Nessa obra Kuenzer tematiza a relação educação e trabalho no Brasil, mostrando a importância da compreensão teórica dessa relação, da sua construção histórica no interior das formas concretas que vai assumindo a contradição entre capital e trabalho e sua interface com a “formulação de políticas educacionais e propostas pedagógicas discutíveis”. (KUENZER, 1991, p. 5). A autora trata da dualidade histórica estrutural do ensino; a tentativa mal sucedida de sua superação, por meio

BRAVERMAN (1977), uma vez que ela prioriza o saber fazer sem o fundamento teórico, ou seja, sem as bases científicas desse fazer. Apenas uma minoria de especialistas se torna virtuosa no seu campo específico de conhecimento. Contudo, perde a noção do todo. A educação dos trabalhadores tem focado no aprender a fazer sem a correspondente preocupação de fornecer a base científica que fundamente suas decisões. Trata-se de um ensino superficial, por “macete”, procedimento de ensino, que condiciona os estudantes desde os níveis fundamentais a quererem ir “direto ao ponto”, sem se darem conta do prejuízo que isso representa para sua formação, levando à desqualificação e ao esvaziamento da sua autonomia frente a situações novas.

Isso não significa que todos têm que saber tudo de tudo o que seria impossível ante o volume de conhecimento que dia a dia o homem produz. O que se entende por ensino de qualidade é o que possibilita a apropriação dos fundamentos do todo, possibilitada por uma educação básica de qualidade.

Apesar do discurso de que o novo paradigma produtivo exige trabalhadores polivalentes e participativos, para a maior parte dos trabalhadores a educação continua voltada para atender às necessidades produtivas. Meira e Rodrigues (2010) informam, com base em pesquisa realizada em 1990 por outros autores: que no setor de autopeças, a maioria dos trabalhadores no Brasil era praticamente analfabeta e ignorava as operações fundamentais da matemática e que os programas de qualificação para essa parcela de trabalhadores visavam a alfabetização e prevenção de acidentes; que os investimentos em treinamentos ofertados pelas empresas, em geral, no caso brasileiro, eram grosso modo motivacionais e comportamentais com o objetivo de tornar os trabalhadores mais engajados e participativos; que mesmo os trabalhadores do setor terciário podem estar sujeitos à atividades rotinizadas e simplificadas que exigem baixa qualificação, com a maioria dos seus trabalhadores realizando atividades restritas ao nível operacional, como por exemplo preencher formulários, alimentar dados na tela do computador, operar telemarketing, por exemplo.

---

da lei 5692/71, por exemplo, que reflete a “contradição entre a proposta legal e as condições concretas do desenvolvimento capitalista no Brasil”. (Idem, p. 11). O insucesso “expressa a divisão que está posta na sociedade brasileira, enquanto separa trabalhadores intelectuais e manuais e que exige que se lhes dê distintas formas e quantidades de educação”. (Idem, p. 13). A cisão trabalho manual-trabalho intelectual separa o que é inerente ao trabalho humano, separa também o exercício das funções de planejamento e de execução que “passam a caber a indivíduos distintos na sociedade conforme as determinações de classe”. (Idem, p. 24). A “hierarquia do trabalho coletivo” (Idem, p. 25), surge dessa ruptura.

Portanto, em todos os setores em que o desenvolvimento tecnológico simplificou o trabalho, por meio do uso de máquinas, ferramentas, equipamentos, etc, em decorrência do parcelamento do trabalho, o capital pode não só reduzir o número de empregos “enxugando a empresa”, como pode substituir trabalhadores com mais qualificação por outros com menor qualificação e, conseqüentemente, com menores salários.

Tal realidade continua se expandindo para redutos onde prevalecia o trabalho intelectual, como é o caso da medicina, por exemplo. No caso da medicina, isso têm se manifestado num ensino que procura formar estudantes capazes de buscar os protocolos, os consensos, sem necessariamente dominarem a base teórica do procedimento que neles se encontra. Importante ressaltar que a crítica não está nos protocolos em si, que resultam das evidências oriundas das pesquisas realizadas, mas no esvaziamento científico do ensino. (ALBUQUERQUE, 2009).

É preciso considerar que o alto grau de desenvolvimento tecnológico que hoje (e cada vez mais) faz parte de todos os setores produtivos, inclusive das práticas do trabalho em saúde, resulta da organização do trabalho para aumentar progressivamente a eficiência, a produtividade; diminuir a “imperfeição” do trabalho humano, quando comparado à precisão da máquina; e para contornar a resistência do trabalhador frente ao antagonismo de interesses entre capital e trabalho.

Nota-se que as formações se tornam cada vez mais especializadas dando surgimento a uma equipe de saúde de caráter multidisciplinar. Sem deixar de reconhecer os efeitos positivos que representou o aumento da escolarização dos trabalhadores da saúde, não se pode desconsiderar que ele resultou do processo de fragmentação e especialização cada vez maior do conhecimento. Para superar isso, as equipes multidisciplinares reúnem-se para discussão de casos, buscando entrosamento entre os setores para que as condutas com os pacientes sejam coerentes. Contudo, o conhecimento individual continua fragmentado.

Afirma Albuquerque que

(...) embora na Medicina a produção do trabalho ainda tenha grande dependência da capacidade do trabalhador médico, a intensa fragmentação e especialização, ao lado da também intensa introdução de tecnologia, tem promovido, também nesta área, importante simplificação de alguns processos, permitindo a substituição do médico por outro (médico ou não).  
(...) Todo esforço será feito, portanto, para reduzir o custo da força de

trabalho com a substituição daqueles médicos cujo trabalho apresenta custo maior para o Capital por máquinas, aparelhos, ou por profissionais cujo trabalho, por ser mais simples e exigir menor qualificação, tem menor custo para o Capital. (ALBUQUERQUE, 2009, p. 35-36).

Nessa lógica, reduzir o custo da força de trabalho significa reduzir sua qualificação. Isso engendra um grande contingente de trabalhadores precarizados<sup>19</sup> facilmente substituíveis que compõem não apenas o “exército de reserva”, ou seja, a massa de trabalhadores excedentes, ora empregada ora desempregada, que funciona como “instrumento” para que o capitalista pressione os salários para baixo, mas também um grande contingente de trabalhadores empregados, cujo trabalho, entretanto, prescinde de formação científica sólida. Tais trabalhadores, em geral de baixa qualificação, se veem obrigados a aceitar o trabalho que lhes é ofertado, o qual, via de regra, é desinteressante e mal remunerado.

A questão da (des)qualificação insere-se, portanto, no contexto do aumento da produtividade com menores custos, em resposta às crises recessivas sequenciais e cada vez mais próximas umas das outras, pós “anos dourados”. Crises estas que levaram o capitalismo a adotar um conjunto de estratégias, entre elas, a reestruturação produtiva, que tem por base a acumulação flexível.

Sabemos que a precarização do trabalho foi intensificada com a reestruturação produtiva pós anos 70, porém, ela tem raízes no sistema Taylor, isto é, diz respeito a uma série de alterações tecnológicas, econômicas e sociais que decorrem da reorganização do trabalho criada por Taylor, no final do século XIX, com vistas ao aumento da produtividade, com menor custo, em menor tempo possível e com o mínimo de esforço e atividade. É o que veremos no próximo item.

## **Resumo do tópico**

Neste tópico tratamos das relações sociais do trabalho sob a égide do capitalismo monopolista, procurando explicitar que o modelo produtivo capitalista

<sup>19</sup> O termo *precarização do trabalho* diz respeito a uma série de alterações tecnológicas, econômicas e sociais que decorrem da reorganização do trabalho. A Organização Científica do Trabalho (OCT) foi criada por Taylor, no final do século XIX, com vistas ao aumento da produtividade em menor tempo possível e com o mínimo de esforço e atividade. Isso foi obtido por meio da fragmentação de cada etapa da produção de modo que ao trabalhador cabe a realização de um determinado gesto para a execução do seu trabalho na esteira de produção. Tal processo de trabalho ocasionou riscos crescentes de desemprego, aumento da competitividade e da produtividade, baixos salários, intensificação do ritmo de trabalho, perda de direitos trabalhistas, extensão da jornada de trabalho, entre outros.

engendrou relações sociais do trabalho desconhecidas até então, marcadas pelo trabalho alienado e pela centralidade da mercadoria nas relações entre os homens.

Essa transformação aconteceu a partir das mudanças da organização social do trabalho, com a apropriação da força do trabalho a partir do assalariamento, da apropriação privada da força do trabalho e dos demais meios de produção.

Com o advento do capitalismo, possibilitado pela divisão técnica do trabalho, ocorre a subsunção do trabalho ao capital. Os trabalhadores perdem a independência com relação aos métodos de trabalho, assim como a posse dos meios de produção. Mesmo nas diferentes fases atravessadas pelo capitalismo, ele manteve sua estrutura essencial, ou seja, a busca incessante pelo lucro.

Nesse contexto, o trabalho torna-se cada vez mais simples com a introdução de novas tecnologias e processos de trabalho inéditos, implicando a desqualificação crescente do trabalhador, o desemprego, o acirramento da competição, a precarização do trabalho, etc.

Procuramos mostrar que mesmo no setor serviços, a dualidade estrutural entre trabalho manual e intelectual se mantém no interior de uma classe trabalhadora cada vez mais heterogênea, assim como a divergência de interesses entre a classe dominante e a dominada.

### 3 O GERENCIAMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO: DO TAYLORISMO/FORDISMO AO TOYOTISMO

Neste tópico trataremos do gerenciamento dos processos de trabalho a partir do método inaugurado por Taylor com a Organização Científica do Trabalho (OCT), passando pelo sistema Ford, que consolidou o taylorismo na indústria automobilística, até alcançar o sistema Toyota, com a reestruturação produtiva que teve início nos anos 70. Ele visa mostrar que os métodos utilizados na indústria automobilística para incrementar a produção e o lucro, alastraram-se a todas as demais atividades humanas, estando presente também no setor terciário, do qual a saúde faz parte.

#### 3.1 O GERENCIAMENTO DO TRABALHO NO TAYLORISMO-FORDISMO

O controle gerencial do trabalho é efetivado pelo conjunto de normas formais e informais, regras e procedimentos disciplinares cujo objetivo é assegurar a continuidade da organização, impor ordem ao conjunto dos trabalhadores, com vistas à adequação e ao agir em sintonia com suas regras, com a finalidade de garantir a reprodução dos seus objetivos. (SOBOLL, 2003, p. 85).

Braverman (1977) situa as origens da gerência no momento em que os artesãos passam a trabalhar de forma cooperativa, enquanto método de trabalho. Isso exigiu uma coordenação de atividades que foi se tornando gradativamente mais complexa e que, na era industrial, assumiu a forma de gerência, de controle (conforme a etimologia da palavra inglesa *management*<sup>20</sup>), a partir do momento em que novas relações sociais estruturam o processo produtivo, separando os que executam e os que planejam, com vistas a extrair da força de trabalho a máxima vantagem para o capital. (BRAVERMAN, 1977).

Portanto, o controle dos processos de trabalho já estava formalmente presente na manufatura, sendo expresso por meio de procedimentos tais como: a

---

<sup>20</sup> A palavra *manegement* vem do latim *manus* (mão em latim) e tinha originalmente o sentido de adestramento de cavalos. O verbo *to manage* significa administrar, gerenciar, controlar.

reunião dos trabalhadores sob um mesmo teto; o estabelecimento de jornada fixa de trabalho; o emprego de supervisores para garantir que o trabalho fosse realizado com zelo, em ritmo constante e sem interrupções; a adoção de normas para evitar tudo o que se acreditava poder desviar a atenção do trabalho, como: conversas, fumo, saída do local de trabalho etc; a prescrição de quantidade mínima de produção, entre outros. Contudo, embora o controle seja um aspecto inerente a qualquer gerência, foi na OCT que ele alcançou uma dimensão inusitada. (BRAVERMAN, 1977).

Antes de Taylor aceitava-se, em tese, ser prerrogativa da gerência controlar o trabalho, mas "na prática esse direito usualmente significava apenas a fixação de tarefas, com pouca interferência direta no modo de executá-las pelo trabalhador". (BRAVERMAN, 1977, p. 86). Taylor mudou isso ao defender que a gerência eficaz é aquela que impõe, de forma rigorosa, o modo pelo qual o trabalho tem de ser realizado, ou seja, a que retira do trabalhador qualquer decisão sobre o trabalho.

Para transferir o domínio do trabalho à gerência, Taylor passou vários anos da sua vida dedicado à observação de cada movimento do trabalhador na realização da tarefa. Assim, conseguiu fracioná-la ao máximo, tornando desnecessário o domínio integral do processo produtivo pelo trabalhador e completando, desse modo, o que já havia sido iniciado na manufatura. O método visava racionalizar e aumentar a produção, a produtividade e o lucro do capitalista no menor tempo possível, por meio do parcelamento das tarefas, criteriosamente divididas a partir de cada gesto do trabalhador. Para tanto, fazia-se fundamental o controle rígido dos seus ritmos e movimentos, em um tempo cronologicamente determinado externamente.

A OCT serviu de base para o fordismo. Este rompeu com o modelo de trabalho anterior que vigorou no período entre as duas grandes guerras mundiais, em que os trabalhadores eram extremamente especializados, fabricando quase artesanalmente os veículos de luxo.

A adoção da OCT, na indústria automobilística racionalizou ainda mais o processo produtivo para combater desperdícios tanto de material como de tempo. Ela favoreceu o automatismo das fábricas de Ford (HARVEY, 2007; GOUNET, 1999); acelerou a produção com a criação da linha de montagem, cujo objetivo é promover a ligação entre os trabalhadores; efetuou a padronização das peças por meio do controle direto do processo vertical de produção e a automatização da

fábrica. Tudo isso visando tanto a produção como o consumo em massa. Desse modo, a organização do trabalho muda radicalmente, buscando acelerar a produção (antes bastante lenta) e baratear o custo dos automóveis, apesar da resistência dos trabalhadores que preferiam o método anterior de trabalho “que constrange menos e valoriza mais, mantendo pelo menos sua qualificação”. (GOUNET, 1999, p. 20).

A nova forma de gestão do trabalho requeria um novo perfil de trabalhador, que não demandava nenhuma especialização, ou seja, devido à simplificação progressiva do trabalho como decorrência do trabalho parcelado, o trabalhador não precisava ter nenhuma formação (geral ou específica). Bastava dominar o gesto dele requerido no lugar por ele ocupado na esteira de produção, o que tornava o trabalho repetitivo, monótono, desgastante, além de degradante e muito aquém das possibilidades humanas. Esse tipo de gestão do trabalho gerou reações dos trabalhadores, entre elas, a mudança frequente de emprego, situação que levou Henry Ford a instituir a jornada de oito horas e cinco dólares, ou seja, a duplicação do salário dos trabalhadores, com vistas a atrair os trabalhadores das empresas concorrentes.

A expansão do fordismo, entretanto, não foi imediata. Havia alguns impedimentos a ela, no período entre guerras, quando a produção automobilística era basicamente artesanal e de carros de luxo (HARVEY, 2007) e, portanto, de baixa produção e demanda. Dentre estes impedimentos, podemos citar a resistência e a oposição dos trabalhadores americanos devido à “organização do trabalho e as tradições artesanais [que] eram (...) muito fortes (...) para permitir ao fordismo e ao taylorismo qualquer facilidade de produção” (HARVEY, 2007, p.123); em segundo lugar, “modos e mecanismos de intervenção estatal” (Idem, p. 124) insuficientes para conter a crise manifestada como de baixa demanda. A solução veio por meio do keynesianismo tornando o fordismo uma “máquina de guerra econômica” (GOUNET, 1999, p. 20), mencionado no tópico 2 desta dissertação, que o fez assumir a liderança da indústria automobilística.

O êxito do modelo, em termos de aumento de produtividade, é inquestionável, o que levou à adoção da sua metodologia pelas demais indústrias do setor e fora dele como forma única de se manterem no mercado de forma competitiva e eficiente. Isso significa dizer que o modelo Ford abarcou todos os demais setores da produção, podendo por isso ser utilizado como elemento de análise para os demais setores produtivos, incluindo o da saúde.



Apesar do sucesso do modelo taylorista-fordista, em termos de produtividade, ele suscitou inúmeras críticas, as quais apresentaremos a seguir.

### 3.2 CRÍTICAS À ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO

Braverman critica a gerência dita científica. Para ele, por estar a serviço da expansão do capital, ela não possui de fato as

características de uma verdadeira ciência porque suas pressuposições refletem nada mais que a perspectiva do capitalismo com respeito às condições da produção. Ela parte, (...) não do ponto de vista humano, mas do ponto de vista do capitalista, do ponto de vista da gerência de uma força de trabalho refratária no quadro de relações sociais antagônicas. (BRAVERMAN, 1977, p. 82-3).

Apesar disso, temos que admitir que o método utilizado por Taylor foi tipicamente científico, pois baseou-se na observação pormenorizada e sistemática do fenômeno estudado com vistas a obter o controle dos resultados.

A retirada do controle sobre os fluxos e processos de trabalho pelo taylorismo-fordismo, segundo Braverman (1997) e Dejourns (1992), não ocorreu sem resistência e calorosas discussões, dando ensejo às primeiras conquistas dos trabalhadores. Dentre as conquistas, Dejourns (1992) cita: o reconhecimento de doenças profissionais; a criação de uma comissão de higiene industrial e de um comitê consultivo de seguros contra acidentes de trabalho, que prenunciam a institucionalização da Medicina do trabalho (1946), da Previdência Social (1945), dos Comitês de Higiene e de Segurança (1947); a semana de 40 horas (1936); as férias remuneradas; o reconhecimento do direito à livre adesão aos sindicatos e o direito à greve. (DEJOURS, 1992).

O autor aponta ainda, entre os efeitos negativos da OCT para a grande massa dos trabalhadores, antes de tudo, o trabalho monótono, automatizado, desprovido de interesse e intensificado, ou seja, aquele que não permite pausa, tendo seu ritmo controlado pela máquina e pela hierarquia. O trabalho intensificado, sem nenhuma pausa, compromete a integridade do aparelho psíquico, assim como do corpo, por meio do processo de somatização. Portanto, o sistema criado por

Taylor e implantado por Ford, ao visar o aumento da produtividade sem desperdício de tempo, pressupõe que alterações no ritmo do trabalho precisavam ser eliminadas. Em contraposição, a alternância de ritmos “é na realidade uma etapa do trabalho durante a qual agem *operações de regulação* do binômio homem-trabalho, destinadas a assegurar a continuidade da tarefa e a proteção da vida mental do trabalhador”. (DEJOURS, 1992, p. 37) (grifos do autor).

O segundo efeito citado pelo autor, é que, ao se apoderar do saber operário, o Taylorismo desequilibrou a relação de força entre patrão-empregado, tornando fácil a substituição do trabalhador, uma vez que não mais se requer dele qualificação específica, produzindo, desse modo, o não saber da massa trabalhadora e sua consequente robotização por meio do controle dos ritmos e movimentos.

Tal situação implica a desapropriação da atividade intelectual e cognitiva dos trabalhadores, o que leva o autor francês a afirmar que os riscos da organização do trabalho no molde taylorismo-fordismo não dizem respeito tanto à cadência, mas à violência que provocam para o corpo e para a mente (Idem, 1992), uma vez que não respeitam seu equilíbrio fisiológico, ou seja, que

Taylor estava errado. O que parece correto do ponto de vista da produtividade é falso do ponto de vista da economia do corpo. Pois o operário é efetivamente o mais indicado para saber o que é compatível com a sua saúde. Mesmo se seu modo operatório não é sempre o mais eficaz do ponto de vista do rendimento em geral, o estudo do trabalho artesanal mostra que, via de regra, o operário consegue encontrar o melhor rendimento de que é capaz respeitando seu equilíbrio fisiológico e que, desta forma, ele leva em conta não somente o presente mas também o futuro. (DEJOURS, 1992, p. 42).

Quanto aos principais efeitos da gerência científica, Braverman (1997) considera uma gama de problemas: a separação de trabalho intelectual e manual, ou seja, a separação concepção-execução, a qual implica o rompimento da unidade humana mão e cérebro; o processo de trabalho dividido entre lugares e distintos grupos de trabalhadores; os trabalhadores da execução agindo mais ou menos cegamente; a vigilância e o controle; o estabelecimento de relações antagônicas; o trabalho alienado; as relações hostis; a produção/produtividade colocadas acima dos interesses dos trabalhadores; a intensificação do trabalho, inclusive para as atividades intelectuais; o rompimento do vínculo entre população trabalhadora e a ciência, antes íntima e comum. (BRAVERMAN, 1997).

O problema da gerência científica está no fato de ela não buscar a melhor maneira de trabalhar, mas de fornecer uma resposta específica ao problema de como controlar o trabalho alienado, ou seja, a força de trabalho comprada e vendida.

As novas relações de produção, com a progressiva alienação dos processos de trabalho, implicam a passagem/controle de tais processos das mãos dos trabalhadores para as do capitalista e isto configura um problema de gerência para obter maior produtividade da parte variável do capital, ou seja, o trabalho vivo.

A OCT contribuiu para um aumento significativo na produção industrial, necessário frente ao aumento populacional (tributário da revolução técnico-científica) e à própria expansão do capital. Contraditoriamente, contudo, revelou a dura realidade do trabalho de fácil execução, conforme Uchida (2007) e o alto custo para a saúde física e mental dos trabalhadores.

O efeito negativo da OCT para os trabalhadores, entretanto, não é novidade. Desde o século XVIII já havia sido elaborado um catálogo de doenças profissionais e estas se multiplicaram com o advento da indústria moderna. Marx (2012) estabelece relação direta da divisão do trabalho sob a manufatura com patologias industriais, denunciando as deformações física e espiritual que esse tipo de fragmentação do trabalho implica.

No que tange ao uso da maquinaria, consideramos importante retomar o que Marx (2012) afirma sobre a relação homem-máquina. Reforçada pela concepção da OCT, a maquinaria tem sido vista como inimiga do trabalhador, mormente pelo fato dela ser utilizada como um recurso para maximizar os lucros e contornar as pressões dos trabalhadores. Ao mostrar a transformação do instrumento em máquina, Marx diz que o problema não está no avanço tecnológico nem no uso da máquina, que em si não é inimiga do trabalhador, mas no uso que o capital faz dela. Por visar o máximo de mais valia (obtida a partir do capital variável, ou seja, da exploração da força de trabalho vivo), o capital desconsidera justamente aquilo que é sua fonte fundamental de riqueza: a terra e o trabalhador. A mercadoria assume primazia, nesse contexto, invertendo a relação homem-homem para homem-coisa, brutalizando o homem e humanizando a coisa. Ocorre então uma inversão das relações entre coisas e pessoas, onde as primeiras são personificadas e as segundas coisificadas, o que Marx (2012) afirmou como “as relações materiais entre as pessoas e as relações sociais entre as coisas e não como relações sociais diretas entre indivíduos em seus trabalhos”. (MARX, 2012, p. 95).

Braverman (1997) esclarece, por sua vez, que o problema da maquinaria apenas se põe quando é abordada sob a ótica do engenheiro (fator técnico), não sob “o enfoque social, que vê a tecnologia em suas conexões com a humanidade e define a máquina em relação com o trabalho humano e como um artefato social”. (BRAVERMAN, 1977, p.160). Esclarece ainda que Marx, ao analisar a maquinaria, jamais o faz sob o aspecto meramente técnico, mas sempre em relação ao trabalhador. Importante lembrar que a maquinaria, num primeiro momento, apesar de todo o refinamento/desenvolvimento/complexidade não interfere nos processos de trabalho, pois as ferramentas permanecem nas mãos do trabalhador. Quando as operações passam a ser controladas, segundo ritmos preestabelecidos, é que o sentido moderno da maquinaria começa a desenvolver-se e apresentar sua face problemática, sobretudo do ponto de vista do trabalhador e do ponto de vista da sua saúde mental, como estabelece Dejours (1992).

### 3.3 O MODELO DE ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL

Vimos que o sucesso do fordismo influenciou todas as fábricas de automóveis e que, em fins dos anos 1960, todas elas operavam no modelo fordista.

Entretanto, é justamente a adesão dos concorrentes ao sistema que provoca o nivelamento das indústrias e acirra a competição entre elas (GOUNET, 1999), resultando na exacerbação da concorrência econômica em nível mundial e desencadeando forte reação do capital, que passou a buscar novas formas de baixar custos e baratear os produtos, novas tecnologias e inovar a gestão, além de neutralizar as pressões do movimento sindical independente, por meio da criação do sindicalismo institucional, que poderia ser mais facilmente controlado pelas grandes corporações.

Isso caracterizou o movimento de reestruturação produtiva articulada com a gestão flexível. A reestruturação produtiva implicou, em primeiro lugar, a desterritorialização das indústrias dos seus países de origem para os países periféricos. O objetivo da desterritorialização é escapar dos benefícios concedidos pelo *Welfare State*, obtendo com isso força de trabalho mais barata, por um lado, com a consequente diminuição de custos e aumento do lucro, por outro.

Nesse cenário, vão sendo difundidas a concepção negativa das políticas keynesianas, como mencionado no item 2.5 dessa dissertação, e a da ineficiência das práticas de gestão do Estado, em contraposição às práticas das empresas privadas que são vistas como modelos de competência, qualidade, excelência, produtividade.

Esse modelo faz parte da ideologia gerencialista. (CHIAVEGATO e NAVARRO, 2012). Ele vem avançando e influenciando a sociedade como um todo e construindo o novo perfil de trabalhador exigido pela gestão flexível, sobre o qual falaremos adiante.

A nova organização flexível, contudo, revela a existência de crises cíclicas e sistêmicas do modo de produção capitalista, que implicam a adoção de estratégias potencializadoras da exploração da mais valia do trabalho vivo.

Nesse contexto começa, entre as décadas de 1950 e 1970, a ser gestado e aos poucos implantado o novo modelo de organização e de produção em bases mais flexíveis, cujo berço foi a fábrica Toyota, no Japão.

A adoção do modelo de gestão flexível, entre outras coisas, vai “romper” com a racionalidade do modelo taylorista-fordista. O período demarca o início da racionalidade corporativa burocrática, com vistas a aumentar cada vez mais a produtividade, o aumento do consumo em massa, o controle do trabalho. Em outras palavras, a produção em larga escala, pressupõe consumo em larga escala e a necessidade de ampliação do controle corporativo. Para tanto, a administração científica torna-se fundamental, sendo implementada com o emprego de profissionais especialistas em todos os âmbitos das atividades corporativas, incluindo “relações pessoais, treinamento no local de trabalho, marketing, criação de produtos, estratégias de preços, obsolescência planejada de equipamentos e produtos”. (HARVEY, 2007, p. 129).

A iniciativa de implantação do modelo de acumulação flexível no Japão, se explica pelas condições específicas do mercado japonês (mais restrito, demanda débil e mais diversificada, custos imobiliários maiores) e das condições do pós-guerra. O toyotismo surge com vistas a tornar a indústria japonesa mais competitiva com relação à indústria americana. Isso foi alcançado por meio da decomposição do trabalho fabril nas operações de transporte, de produção, de estoque e de controle de qualidade, sendo “a máxima fluidez da produção seu objetivo supremo”. (GOUNET, 1999, p.25).

Para atender às demandas da produção a baixo custo, o toyotismo adota o sistema *kanban* (palavra japonesa que significa “cartão”, e tem por objetivo indicar o andamento da produção, por exemplo, produção “em andamento”, “a ser executada” ou “finalizada”<sup>21</sup>). A associação do *Kanban* e do *Just in time* implica zero atrasos, zero estoques, zero defeitos, zero panes e zero papéis, ou seja, dão um passo adiante na racionalização do processo produtivo, intensificando, no entanto, ainda mais o trabalho, em especial dos trabalhadores das empresas subcontratadas.

O toyotismo difere do taylorismo em pelo menos dois aspectos: no perfil do trabalhador e na sua gestão.

Quanto ao perfil do trabalhador, enquanto o taylorismo-fordismo pressupõe um trabalhador parcelar (relação um homem-uma máquina), sem qualificação, o toyotismo extingue com a característica parcelar do modelo anterior, requerendo agora trabalhadores mais “qualificados” para lidar com as novas tecnologias e para operar mais de uma máquina simultaneamente. Eles também devem ser polivalentes para executar atividades múltiplas; ser mais participativos, comprometidos e envolvidos com o trabalho; ser capazes de trabalhar em equipe, de tomar decisões rápidas frente a eventos imprevisíveis. Outra característica esperada dos trabalhadores é a disposição de investirem em formação permanente para adquirirem os conhecimentos necessários para resolverem os problemas emergentes e não serem apanhados de surpresa por situações e processos desconhecidos. (ANTUNES, 2009; CHIAVEGATO e NAVARRO, 2012; ENRIQUEZ, 1997; HARVEY, 1977). Tais características são em si positivas e desejáveis. Contudo, no interior da lógica capitalista, elas implicam um comportamento altamente competitivo, já que todos devem ser estratégicos, guerreiros, ganhadores, matadores *cool* (ou seja, frios, calculistas, resolutos) capazes de se adaptar às necessidades do momento e de tudo fazer para atingirem suas metas. (ENRIQUEZ, 1997; SOBOLL, 2007; MOTTA, 1986).

Soboll (2007) alerta que o perfil de matador *cool* favorece a adoção de procedimentos perversos deliberadamente assumidos pela organização e pelos seus prepostos, com vistas a obterem dos trabalhadores melhor rendimento, produtividade e lucratividade. Tais condutas degradam o ambiente de trabalho,

---

<sup>21</sup> O cartão pode ser substituído por um sistema luzes, ou caixas vazias que autoriza a produção de determinada quantidade de um item, racionalizando a produção) e o *just in time* (concebido pelo sistema Toyota para eliminar estoques e armazenar matéria prima em quantidade suficiente para manter o processo produtivo de acordo com a demanda da produção).

ocasionando sofrimento, mais que realização e desenvolvimento pessoal, os quais podem resultar em danos morais, físicos e psíquicos para o trabalhador. Isso se torna problemático não só na medida em que os trabalhadores confundem suas metas pessoais com as da empresa, mas também pelos conflitos éticos que dão causa. Nesse ambiente altamente competitivo, as aparências encobrem a real intenção dos atores envolvidos. As relações sociais tornam-se frágeis, pois a desconfiança torna-se permanente, os aliados temporários. O outro existe realmente, mas ele existe enquanto instrumento para a obtenção de metas pessoais ou da empresa. (MOTTA, 1986; SOBOLL, 2007).

Quanto à gestão, o toyotismo adota uma série de estratégias, dentre elas: a racionalidade técnica, a descentralização administrativa, o enxugamento/controle de gastos, a qualidade total.

A racionalidade técnica é inerente à OCT, sendo adotada tanto pelo modelo rígido, ou seja, pelo fordismo, como pelo modelo flexível. Ela visa o máximo de produtividade e lucro com o mínimo de custo, com reduzida margem de negociação salarial, sobretudo quando o trabalho, transformado em mercadoria, pode ser comprado e vendido segundo preços prefixados, atribuídos a cada atividade. Exemplo disso é a adoção do piso salarial no Brasil.

A segunda estratégia, a descentralização administrativa, diferentemente do fordismo, visa permitir que o trabalhador participe mais do planejamento, não apenas da execução. Segundo Motta (1986), a maior participação do trabalhador no toyotismo objetiva superar o que motivava uma das resistências ao fordismo, ou seja, a cisão entre o trabalho manual e intelectual e “o trabalho repetitivo, ultra simplificado, desmotivante, embrutecedor”. (GOUNET, 1999, p. 33).

A descentralização administrativa é funcional ao capital, isso porque, quando as empresas alcançam a condição de multinacionais, dado o seu gigantismo, elas passam a ser administradas por profissionais altamente especializados que, ocupando os níveis hierárquicos mais altos, dedicam-se primordialmente à gestão da expansão da empresa. Isso ocasiona não só a forte separação entre dirigentes e dirigidos, como também a maior distância entre a base e a cúpula, tornando obrigatória a criação de mecanismos de agilização administrativa. Esse processo de descentralização favorece, por um lado, a participação dos trabalhadores na administração e é usualmente associado “a ideais de autonomia e de democratização das relações do trabalho, do ponto de vista administrativo elas [as

formas de participação] desempenham um papel de mecanismo de ligação entre base e cúpula, além de agirem como mecanismos de coesão e formação de consenso” (MOTTA, 1986, p. 91) em favor da empresa.

O controle continua sendo, contudo, prerrogativa da cúpula e é essencial para o crescimento da empresa. Ainda para Motta (1986), tal controle não decorre apenas da crescente complexidade técnica, mas tem função de dominação nos planos político (mantendo o poder e as decisões no topo da organização) e econômico (separando as funções de planejamento e execução).

O autor elenca sete razões para o incentivo à participação dos trabalhadores na administração: primeira, a obtenção de consenso é mais fácil num processo participativo do que no modelo tradicional; segunda, a diminuição da distância entre a cúpula e as bases; terceira, o trabalho em equipe favorece a solução de problemas; quarta, os sistemas de participação podem constituir-se em “formas de controle da autoridade excessivamente concentrada na cúpula da organização”; quinta, “a participação humaniza os mecanismos altamente impessoais que caracterizam as relações de controle na empresa automatizada”; sexta, aumenta a tendência dos indivíduos de trabalharem com mais entusiasmo e eficiência quando se sentem “consultados e utilizados em seus conhecimentos para o processo decisório global”; sétima, “a participação permite tirar o máximo proveito das diferenças individuais em termos de necessidades de poder, afiliação e realização”. (MOTTA, 1986, p. 115).

Um aspecto importante do incentivo à participação dos trabalhadores na administração é que ela faz parte do processo de cooptação, ou seja, da atração e adesão dos trabalhadores aos objetivos da organização, de modo que estes chegam a confundir as metas da empresa com suas próprias. Para Antunes (2009), trata-se do “envolvimento manipulado”. No toyotismo essa lógica é “interiorizada na ‘alma do trabalhador’, levando-o a só pensar na produtividade, na competitividade, em como melhorar a produção da empresa, da sua ‘outra família’”. (ANTUNES, 2009, p. 203) (grifos do autor). Além da racionalidade técnica e da descentralização administrativa, a gestão flexível adota duas outras estratégias: o enxugamento/controle de gastos e o controle da qualidade. Segundo Antunes (2009), para garantir a acumulação, agora em modos mais flexíveis, a empresa moderna adotou o modelo enxuto, *liofilizado*, ou seja, com cada vez menos força de trabalho vivo. O modelo aumenta a tensão entre capital e trabalho, ao reduzir o número de trabalhadores e, ao mesmo



tempo, aumentando sua produtividade. Essa reformulação estrutural foi impulsionada pelo neoliberalismo, conforme evidenciam o processo de demissão, terceirização, diminuição de oferta de emprego e de salários, precarização do trabalho, perda de direitos dos trabalhadores, formas intensificadas de exploração do trabalho, entre outros.

Para Katz (1997), a precarização e a exclusão da maior parte da população das conquistas do desenvolvimento científico e tecnológico reforçam o caráter contraditório da relação capital-trabalho. Tal contradição revela a paradoxal coexistência do sucesso econômico da produção com o número crescente de desempregados, subempregados, assim como com o aumento da pobreza, dos miseráveis, da perda de conquistas dos trabalhadores e da crescente intensificação do trabalho em detrimento do tempo livre necessário ao desenvolvimento das potencialidades humanas. O agravante disso é o fato de estar ocorrendo justo num tempo histórico em que o avanço tecnológico favorece enormes conquistas materiais que possibilitariam não só a diminuição da jornada de trabalho, como a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores em geral.

A quarta estratégia utilizada pela gestão flexível é a busca da Qualidade Total (QT). A busca da qualidade é desejável, tanto para os trabalhadores como para os consumidores, pois aperfeiçoa os processos de trabalho, o desempenho e a produtividade. Ela é problemática quando adquire sobrenome por ser impossível de ser alcançada, haja vista a distância entre trabalho prescrito e trabalho real<sup>22</sup>. Tal distância é o que torna impossível falar de produção perfeita no trabalho. (DEJOURS, 2007, 2010; FREITAS, 2000). Importante ressaltar que ao criticar a QT, Dejours (2007) não defende a renúncia à qualidade. A busca da qualidade é positiva enquanto objetivo, alvo a ser alcançado, sem que isso implique uma imposição, nem sempre possível de ser realizada. A imposição posta pela QT comumente induz às burlas e às fraudes que, por sua vez, provocam conflitos éticos nos trabalhadores. Assim, “anunciar a qualidade total não como objetivo, mas como obrigação gera uma série de efeitos perversos” (DEJOURS, 2007, p. 23), dentre eles, o adoecimento e o sofrimento no trabalho.

---

<sup>22</sup> O trabalho prescrito envolve “objetivos, metas, ferramentas, divisão dos tempos, das pessoas, procedimento, arranjo físico, tipos de produtos e de serviços. Desenvolver uma ação [trabalho real] significa colocar seu corpo, o seu conhecimento, a sua habilidade, a sua experiência, a sua inteligência, a sua memória, para atingir objetivos que podem ser mais ou menos os mesmos que aqueles prescritos por outros atores nas empresas”. (SZNELWAR, 2007, p. 47).

O mesmo autor (2007, 2010) classifica a QT como um dos tipos de coerção; o outro é a avaliação. A avaliação é vista como instrumento de coerção quando ela é associada a sistemas perversos de gratificações e ameaça de desemprego, propagando a concorrência que leva “a uma transformação radical das relações de trabalho” (Idem, 2007, p. 21), desencadeando condutas desleais, suspeitas generalizadas provocadoras de “profunda desestruturação da confiança, da convivência e da solidariedade (...) desgaste dos mecanismos de defesa (...) patologias da solidão”. (Idem, 2007, p. 22). Sob o pretexto de coação, a avaliação é ainda questionada, pois o “essencial do trabalho não é passível de avaliação objetiva e quantitativa. [Ela] (...) resulta [em] sentimento confuso de injustiça (...) síndromes de perseguição”. (Idem, 2007, p. 22).

Entretanto, na sua positividade, a avaliação significa dar retorno ao trabalhador daquilo que ele realizou, até porque ele tem expectativa de recebê-la como forma de reconhecimento. No entanto, os procedimentos avaliativos podem ser cruéis e precisam ser repensados.

O que é falaz nos métodos de avaliação individualizada das performances é a idéia de uma avaliação *objetiva e quantitativa*, pois o trabalho não é mensurável. O que se mede é, no melhor dos casos, o *resultado* do trabalho, isto é a *produção*. Mas o resultado do trabalho, ainda não é o trabalho. (DEJOURS, 2007, p. 24-25).

Ou seja, a essência do trabalho é o processo de trabalhar. O resultado do trabalho pode ser mais ou menos demorado, dependendo do nível de dificuldade, das suas condições, dos ritmos e características individuais dos trabalhadores, entre outros.

Segundo Antunes (2009), com a descentralização e instauração dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ), as empresas também ganham, pois nesses espaços de discussão os trabalhadores encontram maneiras mais eficazes de melhorarem os processos de trabalho, o desempenho e a produtividade, ou seja, usam seu saber a favor do capital. Outro aspecto apontado por Antunes (2009) a respeito da qualidade total digna de menção, é o fato de ela atender prioritariamente à necessidade de giro cada vez mais veloz do capital para a sobrevivência da empresa. A criação de necessidades supérfluas de consumo, reforçadas pela obsolescência programada dos produtos com a finalidade de garantir o lucro, faz parte de uma lógica que torna tudo passageiro, descartável, gerando além de

desperdício, a destruição do meio ambiente. Assim, “quanto mais ‘qualidade total’ os produtos devem ter, *menor deve ser seu tempo de duração*”. (ANTUNES, 2009, p. 52) (grifos do autor). Essa lógica atinge também os processos de trabalho, as pessoas em geral e os trabalhadores em particular, quando estimula uma competição desmedida, gerando conflitos no ambiente laboral.

### 3.4 A GESTÃO FLEXÍVEL E O TRABALHO EM SAÚDE

O processo produtivo na saúde apresenta características típicas do modo de produção capitalista. A própria história da instituição hospitalar manifesta isso. (GOMES, 2007; SOBOLL, 2003)<sup>23</sup>.

O trabalho na saúde, ainda quando relativo a uma instituição hospitalar pública, cuja finalidade não é lucrativa, insere-se no modo capitalista de produção, pelas inúmeras características típicas desse modo de produção, reproduzindo-o. Segundo Soboll (2003), o hospital<sup>24</sup> é uma “oficina de reparo da força de trabalho” [desgastada com a produção, que tem por fim possibilitar o seu regresso ao mercado de trabalho ou ao consumo; é, também tanto] “consumidor dos insumos médico-hospitalares” [como de] “força de trabalho, (...) geralmente assalariada e geradora de excedentes. É exatamente neste ponto que a organização hospitalar configura-se como uma organização de produção capitalista, não só inserida neste sistema, mas reprodutora dele”. [O hospital é também] “uma empresa de produção capitalista” [do setor terciário cujo produto é o cuidado aos enfermos para que retornem ao mercado de trabalho]. (SOBOLL, 2003, p. 38-40). Sob esse ponto de vista,

a mercadoria oferecida pelos hospitais é a assistência à saúde, a qual é produzida pelo trabalhador ao mesmo tempo em que é consumida pelo cliente. O hospital torna-se uma empresa lucrativa ao vender procedimentos de assistência à saúde (consultas, cirurgias, internações, etc.) por um valor maior do que o montante que é pago pela força de trabalho (salários e honorários dos trabalhadores) e pelas mercadorias necessárias à produção

<sup>23</sup> A história do surgimento da instituição hospitalar assim como da medicina e enfermagem não é o foco dessa dissertação. O tema pode ser encontrado em Soboll (2003), Gomes (2007), entre outros.

<sup>24</sup> A dissertação de Soboll (2003) tratou de um hospital privado, mas muitas das suas características cabem ao da rede pública.

dos procedimentos médicos (medicamentos, equipamentos, instalações, materiais descartáveis, etc.). (SOBOLL, 2003, p. 41).

Ao apontarmos as similaridades entre a saúde e os demais setores produtivos, não desconsideramos as especificidades do setor. Naturalmente, pelas suas características, não vamos encontrar na saúde a esteira produtiva, típica do fordismo, por exemplo. No trabalho em saúde por mais que as máquinas, as novas tecnologias desempenhem importante papel, os trabalhadores não se tornam meros acessórios das máquinas. “(...) no trabalho em saúde predomina a cooperação baseada na divisão do trabalho, muito semelhante à antiga divisão manufatureira” (GOMES, 2007, p. 144). Portanto, essa é uma contradição latente num setor que em tudo o mais acompanha as alterações que ocorrem no capitalismo, inclusive no campo da gestão.

No que tange o trabalho parcelar, por exemplo, observamos, no âmbito hospitalar, a crescente especialização dos diversos profissionais (médicos, equipe de enfermagem de nível superior, médio e fundamental, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, administradores, auxiliares e técnicos administrativos, radiologistas, assistentes sociais, pessoal de hotelaria, manutenção e muitos outros), tal como ocorreu nos demais ramos de produção. A fragmentação e especialização de tarefas, com economia de gestos e movimentos, cujo objetivo é a maior produtividade, mostra que, também na saúde, a influência taylorista está presente, com o trabalhador realizando um trabalho parcelado e, em que, também o doente, é visto de forma parcelada. Assim, o trabalho na saúde reproduz no seu interior a evolução do processo de produção da existência. Evolução que tem início no modo de produção artesanal, passa pela manufatura, onde ainda predomina o trabalho concreto produtor de valor de uso, até o surgimento das sucessivas especializações, numa cadeia hierárquica, característica da divisão do trabalho no modo de produção capitalista que vai constituir-se no “fundamento da produtividade do setor, e depende ainda, substancialmente, do conhecimento e destreza do trabalhador”. (PITTA, 2003, p. 48).

Para a mesma autora (2003), se por um lado essa organização de trabalho de fato produz o aumento da produção, por outro, provoca “a perda da responsabilidade pelo trabalhador na sua relação com a tarefa elementar, desencadeando um processo de estranhamento e alienação do processo de

trabalho, elementos facilitadores de estados e manifestações patológicas de ansiedade”. (PITTA, 2003, p. 57).

É no interior do processo de fragmentação do trabalho na saúde que podemos entender o movimento realizado por seus trabalhadores no sentido da atuação em equipe multidisciplinar. Ela se configura na tentativa de superação da fragmentação do saber, manifestada na progressiva parcelarização/especialização dos trabalhadores na sua prática parcelar. Diferentemente do que ocorre na produção industrial de bens materiais, onde os trabalhadores são acessórios do processo produtivo, dominado pela “cooperação” entre as máquinas a quem cabe reconstituir o todo de forma orgânica, na saúde, o trabalho vivo predomina e a cooperação se assemelha à da produção manufatureira. São os trabalhadores que devem reconstituir o todo a partir das suas práticas parcelares. Contudo, a tentativa de reconstituir o todo, juntando o saber das partes, não corresponde forçosamente a

um processo produtivo orgânico, coerente [o que resulta em] “ruídos”, “tensões” que servem de subsídios a (...) elaborações teóricas acerca da “irracionalidade” e desperdício” no setor da saúde, da “desqualificação” dos recursos humanos ou da “ineficiência de determinados instrumentos de gestão, entre outros. (GOMES, 2007, p. 146) (grifos do autor).

Portanto, o mercado de trabalho em saúde, apresenta um diferencial com relação a outros setores produtivos uma vez que as novas tecnologias não eliminam a necessidade do trabalho vivo, embora intensifique a exploração da força de trabalho. No caso da saúde, o aumento da tecnologia tem implicado maior absorção de força de trabalho especializada, necessária “não só para operá-los [equipamentos médicos] como também para fazer a correlação entre o ato profissional e o uso tecnológico. Ou seja, o setor da saúde, pela natureza das suas atividades e pelos serviços prestados, leva à absorção cada vez maior de profissionais de diversificada formação”. (MACHADO, 2008, p. 320).

Outro aspecto do trabalho em saúde, revelador da adoção dos modelos fordista/taylorista com vistas a racionalizar e aumentar a produtividade, pode ser percebido na separação do trabalho manual e intelectual.

O processo pelo qual essa separação ocorreu, elucida o fato de na atualidade, dentre os trabalhadores da saúde, ser o grupo dos médicos o que goza de maior prestígio social, poder e também de responsabilidade no interior das instituições de saúde. Isso ocorre porque o médico, neste âmbito, é o trabalhador

intelectual, por excelência - embora não deixe de realizar atividades também manuais, como é o caso dos cirurgiões, por exemplo - situando-se hierarquicamente acima dos demais profissionais, inclusive os de nível superior.

Tal “organização piramidal recupera a disciplina enquanto técnica, docilizando os corpos, através de uma competente estratégia de controles e olhares hierarquizados, aproveitando a mesma hierarquia instituída com base no saber”. (PITTA, 2003, p. 54).

Nessa estrutura, fica para os profissionais menos qualificados a execução, o trabalho manual, rotineiro, padronizado, sem autonomia, visto que realizado segundo comando dos profissionais mais graduados. Esse trabalho realizado junto ao paciente é mais intenso, mais repetitivo, menos reflexivo e menos valorizado social e financeiramente. Isso separa os trabalhadores em dois grupos: uns poucos detentores do saber a quem cabe o planejamento, a inteligência, e uma maioria a quem cabe a execução. A dissociação e a fragmentação de atividades tem se revelado problemática tanto para a instituição, detentora dos meios de produção, como para os trabalhadores, ante o alto custo psicossocial e econômico que tem dado causa. (PITTA, 2003). Ambas revelam também a caráter abstrato do trabalho realizado, mormente pelos trabalhadores menos qualificados.

A posição ocupada pelos médicos, contudo, vem sendo alterada pela dinâmica do capitalismo, como resultado da reestruturação produtiva e do desenvolvimento das forças produtivas. Decorre disso que o trabalho em saúde deixa de ser hegemonicamente centralizado na figura do médico, o que implica a eclosão de tensões. (SOBOLL, 2003).

Para Albuquerque (2009), as tensões se evidenciam na perda da autonomia médica, na medida em que cada vez mais, a saúde se insere na lógica do mercado, tornando-se “prisioneira das empresas de saúde, da indústria farmacêutica, editora de revistas e promotora de eventos médicos indutores de condutas” (FRANÇA, 2003 apud: ALBUQUERQUE, 2003, p. 193) e pela adoção muitas vezes acrítica de protocolos que, malgrado sua importância como “roteiro de ação para determinadas situações, baseadas em procedimentos reconhecidamente tidos como os mais adequados conforme evidências científicas produzidas (...) [podem conduzir a uma valorização da experiência sem comprovação científica] em detrimento da busca de explicações para tais fatos” (ALBUQUERQUE, 2009, p. 192), colocando as doenças acima dos doentes e padronizando os atendimentos.

A autonomia médica também vem sendo desafiada por condutas adotadas pelas áreas meio que, como áreas de suporte, via de regra, executam controle, prestam informações, aconselhamento ou serviços indispensáveis a fim de que as demais unidades possam realizar o trabalho que lhe é atribuído. Os profissionais da área meio percebem de maneiras diferentes os processos e relações de trabalho, assim como a própria qualidade dos serviços prestados pelas áreas fim, a quem, na condição de “linha de frente”, cabe mostrar os resultados aguardados pela organização. Essas áreas são, portanto, complementares e supostamente interligadas, na teoria. Na prática, contudo, divergem em pretensões e metas, na forma de interpretar a realidade, nas resoluções, etc., sendo isso causa de conflitos. É sabido que as divergências entre as áreas meio e fim sempre existiram, mas nos últimos trinta anos elas se exacerbaram, em decorrência da aceleração do processo de mudanças que vêm acontecendo no mundo do trabalho. (CARVALHO e TONET, 1996, p. 40-41).

Outro paralelo que podemos traçar entre a gestão da saúde com relação aos modelos Taylor/Ford e Toyota, diz respeito às mudanças acentuadas que vêm ocorrendo no âmbito das inovações tecnológicas e dos processos de trabalho. Elas fazem com que os trabalhadores se sintam pressionados a acompanhar e dar conta de tais avanços. O fenômeno do sofrimento e do adoecimento no trabalho também decorre dessa permanente exigência. O “correr atrás” de atualização para se manter no mercado corresponde ao perfil do trabalhador como comportamento imperativo no modelo flexível. (CHIAVEGATO e NAVARRO, 2012).

A incorporação progressiva de novas tecnologias, contudo, embora represente evidente economia da força de trabalho, não tem reduzido sua exploração, ao contrário, tem-na intensificado. Outro aspecto a ser destacado é que, a par do avanço da tecnologia ter trazido inquestionáveis benefícios para o usuário decorrentes da velocidade dos resultados dos exames e diminuição de erros nas análises clínicas, por exemplo, implicou a redução do número de trabalhadores, a desqualificação do trabalhador e o risco de desemprego.

As análises biológico-bioquímicas processadas há várias décadas induziam a uma possibilidade de erro de leitura em torno de 20% e o tempo de divulgação dos resultados ultrapassava 24 horas. O uso da informatização no processamento dos resultados e o aperfeiçoamento dos aparelhos de análises reduziu em muito a margem de erros, aumentou o número e velocidade dos exames e certamente introduziu a mudança do número e

perfil do trabalhador do laboratório. Se por um lado esse avanço tecnológico ao automatizar e agilizar a realização de exames trouxe inequívocos benefícios, por outro, reduziu o número de pessoas envolvidas na sua execução e desqualificou um saber antes totalizado pelo trabalhador. A automatização de segmentos do processo de trabalho reorientou o seu ritmo e domínio das suas etapas, mas ao desqualificá-lo tornou seus autores elementos dispensáveis. (PITTA, 2003, p. 49).

Outra importante característica do trabalho hospitalar é o fato dele ter que funcionar 24 horas/dia ininterruptas, devendo ser os trabalhadores organizados em escalas e turnos. Sabemos que o trabalho noturno visou à eliminação da ociosidade das máquinas, o aumento da produtividade e do lucro. No caso da saúde, o trabalho noturno tornou-se especialmente nevrálgico dado o fato da instituição hospitalar ter se tornado lugar privilegiado para tratamento dos doentes internados. O internamento implica necessidade de acompanhamento permanente, mormente pela equipe de enfermagem (de nível técnico e auxiliar), a quem cabe o trabalho dito “manual”.

O funcionamento ininterrupto traz transtornos e desarranjos em diversas esferas da vida do trabalhador, especialmente do noturno, em termos biológicos, psicológicos, sociais e nas relações familiares, com consequências graves na saúde e diminuição do tempo de vida desses trabalhadores<sup>25</sup>. Além do que,

o regime de turnos e plantões abre perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, comum entre os trabalhadores de saúde, especialmente num país onde os baixos salários pressionam para tal. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam suas integridades física e psíquica. (PITTA, 2003, p. 59).

Um aspecto que identifica os trabalhadores da saúde como os trabalhadores dos demais setores produtivos, sobretudo aqueles que implicam riscos, é a ideologia defensiva, como forma de lidar com a realidade. Isso porque a rotina do trabalho na saúde provoca sentimentos contraditórios na enfermagem. Tais sentimentos vão da piedade ao ressentimento contra os pacientes, da cooperação à inveja entre colegas. (PITTA, 2003).

O contato constante com doentes, muitas vezes graves, sobre quem se assume alto grau de responsabilidade (maior para os profissionais mais graduados, como é o caso dos médicos) e a realização de procedimentos desagradáveis ou repulsivos implica que os profissionais da saúde adotem estratégias defensivas a fim

---

<sup>25</sup> Tal como acontece com trabalhadores da construção civil (Dejours, 1992).



de desempenharem suas atividades cotidianas e tomarem decisões importantes relativas ao paciente sob uma rede e pressões sociais que sobre eles atuam. Em decorrência disso, “os membros da organização desenvolvem mecanismos de defesas estruturados socialmente que tendem a se tornar aspectos da realidade externa com a qual os novos e os antigos membros da instituição devem entrar em acordo”. (PITTA, 2003, p. 65).

No caso dos trabalhadores da saúde a ideologia defensiva aparece de modo particular e pode ser classificado esquematicamente: na “*fragmentação da relação técnico-paciente*” [manifestada pelo parcelamento das atividades, mas que na saúde tem por objetivo não só gestos e movimentos cientificamente administrados com vistas à maior produtividade, mas minimizar a angústia que o contato prolongado com o paciente produz; na] “*despersonalização e negação da importância do indivíduo*” [que visa reduzir ao mínimo o vínculo afetivo com o paciente e que se exterioriza nas vestes padronizadas dos pacientes e dos profissionais; no] “*distanciamento e negação de sentimentos*” [consequência dos dois primeiros e que tem por finalidade desenvolver um escudo contra identificações perturbadoras; na] “*tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas*” [com a qual se pretende não apenas a padronização e economia de gestos e de procedimentos, mas também postergar e controlar decisões frente às inúmeras demandas provenientes de cada paciente; na] “*redução do peso da responsabilidade*”, [para tanto entram em cena um arsenal de] “*verificações e contraverificações que o próprio parcelamento e fragmentação das tarefas, de cuidados aos doentes numa instituição concreta, se encarregam*” [e que tem como resultado final a diluição da responsabilidade por eventuais erros, descuidos e imperícias]. (PITTA, 2003, p. 65-67) (grifos da autora).

Com essa exposição, procuramos mostrar a inserção do trabalho em saúde no modo capitalista de produção e a presença da Organização Científica do Trabalho, sobretudo, da gestão flexível no seu interior.

Falar sobre gestão na saúde, contudo, implica falar sobre o modelo de gestão proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se insere o hospital estudado. Interessante notar que o SUS foi instituído em 1990 (lei n. 8.080), na vigência do modelo de gestão flexível, e filia-se ao modelo da “‘administração pública gerencial’ (...) articulando-se com as estratégias neoliberais de estabilização

econômica e estratégias administrativas orientadas para o mercado”. (PAULA, 2005 apud: CHIAVEGATO e NAVARRO, 2012, p.74) (grifo dos autores).

O modelo é composto de ações e serviços de saúde, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, dentre eles, a descentralização político-administrativa com ênfase nos serviços para os municípios e regionalização/hierarquização da rede de serviços de saúde<sup>26</sup>.

A descentralização político-administrativa, adotada como modelo de gestão, visa “promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade”. (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p. 440). Considerando a heterogeneidade e níveis de complexidade dos problemas da população brasileira, são definidos os serviços em dois níveis de atenção: o básico e o mais especializado.

Em nível mais básico, estariam os dotado de tecnologias e profissionais para realizar procedimentos mais frequentemente necessários (ex: vacinas, consultas em clínica médica e pediatria, parto normal) (...). E um nível mais especializado ou complexo (...) [que realizam] procedimentos menos frequentemente necessários, para os quais não é aceitável ociosidade dadas as implicações nos custos crescentes sobre o sistema. (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p. 440-41).

Tal processo requer que os usuários entrem no sistema pelas unidades de saúde a que pertencem. Isso respeita a regionalização, a qual também implica a estruturação do sistema com base territorial, análise das necessidades de saúde, recursos e equipamentos de saúde e plano integrado de assistência por região. Se necessário, os usuários são encaminhados para unidades mais complexas retornando, após o tratamento especializado, para suas unidades de origem; nisso consiste a hierarquização. Portanto, é no contexto da busca de maior racionalidade e regulação do sistema, que se pode melhor entender a questão da descentralização administrativa e o esforço empreendido no sentido de aprimorar a gestão por meio da capacitação técnica dos gestores nos três níveis de governo. As

---

<sup>26</sup> Os outros princípios são: o da universalidade de acesso em todos os níveis de assistência com validade para todo o território nacional; igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade da assistência; participação da comunidade por meio de suas entidades representativas. Ao inscrever a saúde como direito de todos os brasileiros, pode-se perceber que isso denota o compromisso do Estado com políticas de bem estar social, ainda que a realidade mostre a distância entre o que diz a lei e o que corresponde à realidade, em termos do atendimento de qualidade à população.

diferenças e as desigualdades socioeconômicas regionais e locais existentes em um país com a dimensão do Brasil, assim como as distintas vontades políticas dos governantes municipais e estaduais, configuram obstáculos e estabelecem desafios significativos e de difícil resolução para a consolidação do SUS, no contexto atual, tal como foi originalmente concebido em termos da “consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias”. (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p. 465), com resultados nem sempre satisfatórios. É importante ressaltar que

a descentralização não garante *per se* o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas, nem, necessariamente possibilita o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais (...) nos três níveis de governo [que] depende de mudanças amplas do Estado, que transcendem o espaço da política setorial, sendo a concretização do SUS influenciada por outros aspectos ainda não equacionados como o adequado aporte de recursos financeiros (incluindo investimentos), a provisão e a regulação adequada de insumos, desenvolvimento científico e tecnológico, a superação dos padrões de iniquidade do sistema e a permeabilidade das instituições de saúde aos valores democráticos. (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p. 469-70).

As reformas por que têm passado o sistema de saúde situam-se no contexto da emergência de novos modelos de gestão que também alcançaram o setor da saúde. As alterações promovidas no sistema, sob a coordenação do Ministério da Saúde, visam normatizá-lo e regulá-lo para tornar efetivo o *Pacto pela saúde* acordado entre os gestores do SUS para formalizar

compromissos que compreendem responsabilidades sanitárias (traduzidas em objetivos de melhoria das condições de saúde) e de gestão, e a pactuação de metas prioritárias relacionadas a indicadores que possam servir para o controle mútuo, o monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos. (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p. 457).

Deduz-se que, para bem funcionar, o processo requer que as unidades que compõem o sistema sejam informatizadas, integradas e articuladas entre si. Isso implica uma organização e gestão para além da organização político-administrativa local, situação complexa que tropeça em dificuldades tanto políticas como operacionais, mormente em se considerando o tamanho, as disparidades socioeconômicas regionais do Brasil, além dos interesses muitas vezes antagônicos no âmbito das disputas políticas.

As contradições geradas pela tentativa de tornar compatível o processo de descentralização com a integração de ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos (...), as formas de organização e prestação da atenção à saúde (...), o financiamento (...) e a divisão de funções e formalização de compromissos entre as esferas de governo na gestão dos sistemas e serviços de saúde induzem a mudanças subseqüentes. São justamente as contradições existentes na interação dessas três variáveis que conformam, tensionam e desatualizam os procedimentos em vigor e orientam a formulação e a implementação de novos instrumentos, induzindo a várias mudanças subseqüentes. (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p. 458).

A complexidade da situação é potencialmente geradora de conflitos tanto na dimensão dos governos como das próprias instituições.

Fazendo parte da rede SUS, o hospital estudado insere-se no contexto das mudanças operadas a partir de 1990, vivenciando as contradições do sistema, na condição de hospital de nível de atenção de maior complexidade.

Um aspecto que pode ser relacionado à racionalidade do sistema e ao enxugamento de gastos é a redução de leitos hospitalares, a qual pode ser explicada a partir de três fatores: a organização, o financiamento do setor da saúde e a prática médica,

que resultaram na desativação de leitos e de estabelecimentos especializados, a exemplo das mudanças de critérios de internação de pacientes crônicos (como na psiquiatria, fora de possibilidade terapêutica, por exemplo), na redução das médias de permanência de pacientes com diferentes patologias, além de terapias e procedimentos que foram redirecionados para tratamento ambulatorial, dispensando internação. (MOYSES, TEIXEIRA e PEREIRA, 2006 apud: MACHADO, 2008, p. 313).

Seria interessante verificar se a redução de leitos e o redirecionamento da população para o atendimento ambulatorial atende às necessidades atuais da população brasileira, por sinal em processo de envelhecimento, conforme indicam os dados e projeções da população brasileira por sexo e idade (2000-2060) feitas pelo IBGE, o que implica maior demanda por assistência médica. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>. Acesso em: 06/04/2014.

As duas últimas décadas presenciaram considerável expansão do setor saúde, que cresceu em número de estabelecimentos e de empregos. Entretanto, no que concerne ao número de leitos, o movimento foi oposto, tendência que se mantém nos dias atuais:

em 1980, o setor contava com apenas 18.489 estabelecimentos de saúde, 509.168 leitos e 573.629 empregos de saúde; em 2002, os números passaram para 67.612 estabelecimentos, 471.171 leitos (o único segmento que reduziu sua capacidade), e os empregos de saúde apresentaram crescimento vigoroso, contabilizando-se 2.180.598. Esse incremento do sistema de saúde continua, uma vez que dados mais recentes do **IBGE** indicam essa direção, ao contabilizarem mais de 77 mil estabelecimentos de saúde e mais de dois milhões e quinhentos mil empregos de saúde. Em contrapartida, o comportamento no que se refere aos leitos se mantém em decréscimo, passando para 443.210 em 2005. Por sua vez, tais números ainda são mais expressivos na rede pública municipal: em 1980, essa rede contava com apenas 2.712 estabelecimentos e 47.038 empregos de saúde, passando para 42.549 estabelecimentos e 997.137 em 2005. (MACHADO, 2005, apud: MACHADO, 2008, p. 311) (grifo da autora).

Outra contradição é que nos interessa mais de perto nesse trabalho é o que tange à gestão de recursos humanos<sup>27</sup>. Machado (2008) afirma que os anos de consolidação do SUS foram os da “antipolítica” de recursos humanos (RH) devido à influência da política neoliberal que estimulou a precarização e desregulamentação do trabalho, assim se expressando:

os fatos são claros: o SUS passou a década de sua implementação sem se preocupar com trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de recursos humanos compatível com a sua concepção universalista. Isso permitiu, entre outras questões: 1) que os trabalhadores não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional; 2) que a renovação e a expansão de novos profissionais não se dessem de forma correlata em termos constitucionais e sim por meio da precarização do trabalho, criando assim um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas, nos moldes do início do século XX; 3) que a expansão das equipes com a entrada de novas profissões e ocupações se desse de forma anárquica, sem regulamentação e pouco comprometida com os preceitos do SUS; 4) que a expansão de novos cursos de saúde ocorresse sem critérios coerentes de qualificação do trabalho no SUS. (MACHADO, 2005 apud: MACHADO, 2008, p. 328).

Nesta passagem, especialmente no que tange à política de RH, Machado (2008) faz referência a questões centrais para o entendimento dos conflitos protagonizados pelos trabalhadores da saúde.

---

<sup>27</sup> Como já mencionado, o SUS opera por meio de parceria com o sistema privado. Além do SUS existe no Brasil o sistema de saúde suplementar formado por seguros e planos de saúde que tem a adesão de aproximadamente 20% da população brasileira. “Nesse conjunto de sistemas e subsistemas de saúde é que se estrutura o mercado de trabalho em saúde, configurando um mercado vigoroso de dois milhões e quinhentos mil empregos diretos de saúde, existindo mais de um milhão e meio de trabalhadores qualificados na área de saúde”. (MACHADO, 2008, p. 309). Isso indica o crescimento do setor e a heterogeneidade dos trabalhadores nele presente.

Este setor, público ou privado, portanto, insere-se na mesma lógica capitalista, embora mantidas suas especificidades, visto que na saúde as relações de trabalho são mais complexas, além de envolver pessoas que cuidam de pessoas.

Outro aspecto importante da gestão na saúde é o atual empenho das instituições hospitalares para se tornarem hospitais acreditados. O objetivo do programa é fornecer à instituição

a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa. A partir deste diagnóstico e com o desenvolvimento do processo de educação, de acordo com o Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar, é possível discutir, criteriosamente, os achados da avaliação e desenvolver um plano de ações capazes de promover a efetiva melhoria do desempenho da instituição, abrangendo todos os seus serviços e segmentos existentes.  
<[http://www.wareline.com.br/novo/index.php?option=com\\_content&task=view&id=75&Itemid=44](http://www.wareline.com.br/novo/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=44)>. Acesso em: 5/09/2013.

Embora não sendo teoricamente um programa de fiscalização, mas de educação continuada, o programa ecoa o comprometimento com a qualidade, um dos aspectos da reestruturação produtiva com vistas ao aumento da produtividade e da eficiência do sistema. Reconhecemos a importância, a necessidade e os inegáveis benefícios do programa para a qualidade de atendimento ao paciente e para a segurança dos trabalhadores, tais como o gerenciamento de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais, de resíduos; a prevenção e controle de infecção; as condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades, entre outros. Contudo, ele representa, no contexto de redução da força de trabalho no hospital pesquisado como veremos adiante ao caracterizá-lo, um elemento a mais de pressão para os trabalhadores dado que é realizado em paralelo com as demais atividades já desempenhadas por eles, no espírito da empresa enxuta, como mencionado anteriormente.

## **Resumo do tópico**

Nesse tópico, procuramos mostrar a influência do modelo de gestão rígido, do tipo taylorista/fordista e do modelo flexível, ou seja, do toyotismo, nos setores ditos produtivos e no setor terciário; que isso ocorreu como resultado do processo de

globalização da economia e da crescente competitividade das empresas para garantirem sua hegemonia no mercado; que a Organização Científica do Trabalho (OCT), a par de ter tido importante papel no aumento da produtividade e da eficiência, agiu em detrimento do trabalhador, desencadeando fortes críticas a ela e revelando a contradição capital-trabalho. Também procuramos mostrar o papel da racionalidade técnica, da gestão participativa, do enxugamento/controle gastos e da qualidade total como estratégias da gestão flexível, e que elas afetam as relações de trabalho, também no âmbito da saúde.

#### **4 ANÁLISE DOS CONFLITOS PROTAGONIZADOS PELOS TRABALHADORES DA SAÚDE DECORRENTES DAS CONDIÇÕES E DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO HOSPITAL ESTUDADO**

Este tópico apresenta conflito enquanto categoria do objeto. Caracteriza o hospital estudado e o Serviço de Gestão de Pessoas (SGP) encarregado de atender às demandas comportamentais que chegam na Unidade de Gestão de Pessoas (UGP), da qual o SGP faz parte. Descreve a metodologia da pesquisa. Apresenta a análise dos dados à luz das relações sociais do trabalho assalariado, buscando estabelecer como e em que medida os conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde guardam relação com as condições/ organização do trabalho. E, por fim, busca relacionar os referidos conflitos com a formação do trabalhador e as relações de classe.

##### **4.1 A CATEGORIA CONFLITO NO AMBIENTE DE TRABALHO**

A existência de conflitos no ambiente de trabalho não é novidade. Muitos são os autores que, na atualidade, se têm debruçado sobre essa temática pelas consequências muitas vezes nefastas que tais conflitos provocam, não só para as empresas, mas principalmente para os próprios trabalhadores. Entre eles podemos citar Soboll (2008,a,b), Barreto (2000), Freitas (2001), Hirigoyen (2000; 2010), Dejours (1992), Carvalho e Tonet (1996), Cecílio (1999, 2004, 2005), entre outros.

Importante frisar que estes conflitos serão tratados nessa dissertação para além das questões meramente pessoais, sem que isso implique a negação da subjetividade<sup>28</sup>, mas sim, como conflitos relacionados às condições/organização do trabalho e suas determinações materiais, cujo pano de fundo são as mudanças no mundo do trabalho que ocorrem sob a égide do modo capitalista de produção. Essa distinção faz-se importante dada a polissemia da palavra conflito. O dicionário Aurélio traz como significados da palavra:

---

<sup>28</sup> A subjetividade, ou seja, as ideias e representações da consciência, segundo Marx e Engels (2005, p. 56) é inseparável da atividade material e intercâmbio entre os homens.



1.Embate dos que lutam. 2.Discussão acompanhada de injúrias e ameaças; desavença. 3.Guerra (1). 4.Luta, combate. 5.Colisão, choque: 6.Psiq. Penoso estado de consciência devido a choque entre tendências opostas e encontrado, em grau variável, em qualquer indivíduo. 7.Teatr. O elemento básico determinante da ação dramática, a qual se desenvolve em função da oposição e luta entre diferentes forças; conflito dramático. ([www.dicionariodoaurelio.com](http://www.dicionariodoaurelio.com). Acesso em 10/08/2013).

Falar em conflito implica falar em poder, ainda que brevemente, já que o primeiro é um dos principais correlatos do poder. Assim como a palavra conflito, a palavra poder é também carregada de sentidos, como mostram as reflexões de filósofos como Hobbes, Weber, Foucault, Arendt, entre outros, que teorizaram e apresentaram diferentes concepções de poder<sup>29</sup>. Reflexões estas que fundamentaram autores importantes da Teoria das Organizações, tais como: Etzione, que empresta de Weber a concepção autoridade; Mackinlay & Starkey, que

---

<sup>29</sup> Grosso modo, poder pode ser entendido como violência (poder sobre), podendo aparecer como poder soberano, tal como teorizou Hobbes; poder disciplinar (segundo Foucault), poder como autoridade (conforme Weber) ou poder como consenso na forma de potência política de homens em assembleia (de acordo com Arendt). Para Hobbes o poder emana de um sujeito originário cuja vontade é poder. O soberano é fonte de poder e seu fundamento são as instituições. Ligado ao surgimento das cidades e do Estado moderno, o poder se desenvolve e se exerce nas formas do direito e da lei, implicando relação de dominação-submissão, tendo a coerção como exigência e o medo como elemento principal. A relação social que se estabelece é vertical e a palavra de ordem é “cumpra-se”. Foucault, ao contrário de Hobbes, entende que o poder decorre do conjunto de relações dentro do corpo social, sem que seja necessária a oposição dominação-submissão, desconstruindo assim a noção de que o poder tem sua origem no Estado e no tripé lei, unidade e sujeito. Foucault entende que o poder não se encontra no soberano, mas no poder de submissão dos sujeitos à diversidade de técnicas existentes. Foucault estudou o poder a partir do microcosmo da realidade social, tais como a prisão e a fábrica, objetivando analisar as racionalidades que permeiam tais campos e sobretudo para analisar as estratégias de resistência utilizadas pelos indivíduos contra as formas de domínio, de exploração de sujeição da subjetividade. O estudo no âmbito do microcosmo é reconhecido por Foucault como um limitante da compreensão do poder na dimensão macro. Portanto, os conceitos de Hobbes e Foucault não são excludentes. Para Weber três noções são intimamente ligadas ao exercício do poder: legitimidade, autoridade e disciplina. Ele entende que a ação social pode ser norteadas por uma “ordem legítima” cujo cumprimento é dependente tanto de uma predisposição interna, baseada no afeto, nas leis, em princípios religiosos, na racionalidade, entre outros como pelas consequências externas da desobediência. Nesta concepção de poder, acordos podem ser compartilhados ou, mesmo pode haver uma relação com base na imposição-submissão. Contudo, deve ter legitimidade para que as ordens sejam interiorizadas e a obediência obtida, portanto uma relação vertical de poder. Arendt apresenta uma concepção de poder inspirada na Grécia antiga, período histórico em que os cidadãos (noção que excluía, os escravos e as mulheres) resolviam os problemas da cidade em assembleia, ou seja, no espaço público, onde a palavra, a comunicação aparece como essencial para a vida política. Opondo-se, à noção do “poder sobre” conforme aparece em Hobbes, Foucault e Weber, Arendt apresenta a noção de “poder de” ou “poder com”, a possibilidade do consenso entre membros do grupo agindo em conjunto, em oposição ao mando e à obediência. (CECÍLIO E MOREIRA, 2002). No nosso entendimento, as quatro concepções circulam com diferentes pesos, dependendo do modelo da gestão e estilos de liderança; porém, ante a crise de autoridade contemporânea (ARENDR, 2007), comportamentos autoritários estão se tornando inaceitáveis e anacrônicos.

têm Foucault por referência; Segnini, Rozendo, Carapinheiro, entre outros, que se esforçam para combinar revisão crítica weberiana com as contribuições de Foucault; Motta e Pagès que dialogam com alguns desses teóricos, adotando porém, o referencial marxista. (CECÍLIO e MOREIRA, 2002).

Existe íntima relação entre conflito e poder. O ditado comumente usado no meio laboral “manda quem pode, obedece quem tem juízo”, explicita a relação poder-subordinação existente entre dirigentes e dirigidos, superiores e subordinados, posições que guardam nexos com a ordem social, caracterizada pelo conflito de interesses entre as classes dominantes e dominadas.

Segundo Cecílio e Moreira (2002), como o poder é em si intangível, a forma de estudá-lo, dando a ele certa concretude, é a partir de seus principais correlatos, quais sejam o controle, o conflito e a dinâmica de interesses na organização.

Duas são as concepções principais sobre o tema conflito de interesses nas organizações. Para a primeira, tributária do pensamento marxista, os conflitos resultam de antagonismos de interesses entre as classes sociais e os objetivos organizacionais, sendo no limite, inconciliáveis. Para a segunda, devedora do pensamento weberiano, os conflitos resultam de antagonismos de interesses entre os desejos e interesses do sujeito individual e os objetivos organizacionais, eclodindo do rompimento de um acordo compartilhado ou de uma relação de imposição-submissão.

Pode-se perceber a grande influência do pensamento weberiano na abordagem do conflito nas organizações. Sem desconsiderar essa vertente, atribuímos à primeira concepção um peso explicativo maior. Nas organizações em geral e nas de saúde, em particular, abordá-los do ponto de vista do indivíduo é, no nosso entendimento, focar no fenômeno, na ponta do *iceberg*. Assim, entendemos que tratar o conflito essencialmente como questão pessoal, atribuindo culpa ao indivíduo, é desconsiderar que ele está imerso em algo maior que resulta de múltiplas determinações. O alto número de conflitos que invade “as agendas de trabalho dos gerentes das organizações de saúde (...) no dia-a-dia (...), [revelam que] na verdade, ‘lidar com conflitos’ é uma constante no cotidiano dos gerentes e da direção superior, em toda e qualquer organização”. (CECÍLIO, 2005, p. 508) (grifo do autor), o que indica que o problema transcende as questões pessoais, ainda que estas não possam ser descartadas.

Cecílio e Moreira (2002) e Cecílio (2005), identificam na literatura dois grupos de visões sobre interesse, conflito e poder: as visões unitária, pluralista e radical e as visões de conflitos abertos, encobertos e latentes.

Na visão unitária, o conflito é entendido como resultado de questões pessoais “causados por funcionários problemáticos ou criadores de caso”, sendo eventual, passageiro e eliminável por meio de abordagem gerencial adequada. Na visão pluralista os conflitos são tomados como inerentes e impossíveis de serem erradicados, porém, potencialmente positivos e funcionais para a organização. Na visão radical, os conflitos são percebidos como “força motora onipresente e causadora de rupturas, que impelem às mudanças na sociedade em geral e nas organizações em particular”. (CECÍLIO e MOREIRA, 2002, p. 602-603).

Sobre o primeiro grupo de visão de conflitos, no nosso entender, nem todos são elimináveis, conforme entende a visão unitária e, muito embora existam “funcionários problemáticos ou criadores de caso”, pensamos ser essa explicação insuficiente para a compreensão dos conflitos existentes no interior das organizações, uma vez que realiza a análise no nível da singularidade. Importante destacar que nem o comportamento do capitalista nem o dos trabalhadores podem ser reduzidos a “traços psicológicos [como egoísmo, ambição, maldade, inveja, ciúmes, etc.; nem à traços] biográficos ou morais: nas suas características individuais, os capitalistas, assim como os proletários, apresentam-se numa infinita gradação – das personalidades generosas às figuras mais canalhas”. (NETTO E BRAZ, 2007, p 97).

A fim de superar esse nível de análise faz-se preciso averiguar o modo de vida dos trabalhadores no interior da instituição, para saber o que pode provocar tais comportamentos. Essa abordagem retira dos trabalhadores o papel de “criadores de caso”, superando a análise no nível singular, e passa para a análise no nível particular, vendo, no seu comportamento e/ou conduta, a relação com as condições e/ou sobre a organização do trabalho.

Com a mediação do nível particular de análise é possível passar para a análise no nível universal e verificar o nexos de determinação entre os sistemas sociais e os comportamentos dos sujeitos sociais nele inseridos.

Do ponto de vista da Teoria de Grupo Operativo (TGO)<sup>30</sup>, concebida por Pichon-Rivière (2009), conflitos são sintomas, cujas causas invisíveis de imediato são, no entanto, altamente relevantes. Suas causas precisam ser trazidas para o nível da consciência a fim de serem trabalhadas. Na concepção pichoniana, todas as pessoas desempenham papéis nos grupos a que pertencem, tais como: de líder da mudança, da resistência, de porta-voz, de bode expiatório e de líder do silêncio. Isso vale também para os “funcionários problemáticos ou criadores de caso”, que podem estar desempenhando qualquer um desses papéis<sup>31</sup> em resposta ao funcionamento e organização dos processos de trabalho.

<sup>30</sup> A TGO é uma das teorias utilizadas, para a análise da dinâmica dos grupos atendidos no SGP. A partir dessa análise, os próximos encontros, geralmente em número de 3 a 4, são elaborados com vistas a atender às necessidades específicas da demanda de cada grupo.

Os princípios centrais de um Grupo Operativo (GO) são o vínculo, ou seja, o padrão de comportamento utilizado no relacionamento com o outro que por ser inflexível, estereotipado dificulta ou impede o desenvolvimento pessoal e grupal; e a tarefa, isto é, aquilo que deve ser realizado pelo grupo. (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

Toda tarefa envolve aprendizagem, (sobretudo de uma atitude mental mais aberta, inquiridora e científica) e mudança. No processo da realização da tarefa, surgem as diferenças individuais decorrentes da história de vida de cada um, as necessidades e interesses pessoais (a verticalidade), fazendo emergir os mais diversos obstáculos para a sua realização, que não acontece sem resistência (medos), fase que constitui a pré-tarefa. O grupo entra na tarefa quando torna consciente (explicito) o inconsciente (latente), criando uma situação nova que possibilita o poder aprender, a agir em função de metas comuns e assim cria a história do grupo (a horizontalidade) enquanto construção coletiva, resultante da interação das diversas verticalidades (que é mais que a soma destas), dando origem à identidade grupal, sem implicar, contudo, na perda da identidade pessoal. Na fase da tarefa, o grupo aprende a lidar e a superar os obstáculos que impedem o alcance dos seus objetivos, tornando-se então um grupo operativo (ou seja, que opera mudanças). Portanto, o GO visa promover mudanças nos grupos, por meio da superação dos obstáculos e resolução das contradições existentes, geradoras de ambiguidades que barram a resolução da tarefa grupal.

Tal conhecimento, contudo, não implica estimular a “discussão frontal” (Idem, 2009, p. 123) mas atuar de modo a favorecer a comunicação, de modo que aquela não venha a imobilizar o crescimento grupal e a superação dos obstáculos à aprendizagem e à mudança.

A dinâmica grupal é dialética e implica movimento permanente e sucessivas correções e ajustes de (pré)conceitos, atitudes estereotipadas, fantasias, etc., levando a uma leitura, cada vez mais elaborada da realidade.

A interpretação dos fenômenos grupais é feita por meio de um esquema chamado Cone Invertido, que é composto por seis vetores: Pertença, Cooperação, Pertinência e Comunicação, Aprendizagem, Tele que permite identificar o ponto em que se situa a resistência à mudança no interior do grupo. (Idem, p. 267).

Obs: O GO não tem sido utilizado como dinâmica de grupo, propriamente, pelo fato da técnica exigir número maior de encontros do que tem sido possível no hospital pesquisado.

<sup>31</sup> Tais papéis, contudo, não precisam ser fixos, pelo contrário: uma mesma pessoa pode ser líder da resistência, num momento e no outro, líder da mudança, sendo ambos os papéis igualmente importantes, de acordo com as circunstâncias. Os papéis só se tornam fixos, quando a condução das situações grupais os fazem cristalizar-se, o que gera injustiças, ciúmes, boicotes, competição, exclusão, etc. Na TGO, a conduta para ser entendida precisa ser contextualizada no interior das relações sociais em que ocorre. Em outras palavras, o “funcionário problemático” pode, dependendo da situação, tanto ser líder da mudança, da resistência, bode expiatório ou porta-voz do grupo. O que ele, pode ser ou não, dependendo do caso, é o representante do silêncio. Importante considerar que o papel do representante do silêncio é comumente negligenciado, ante a crença de que “quem cala, consente”. Crença a que nos opomos, visto que a omissão, o silêncio,

Com relação à visão pluralista, compartilhamos da ideia de que a existência de conflitos é inerente ao ser humano socialmente produzido que, muitas vezes, entra em conflito até consigo mesmo, não podendo ser eliminados por um simples ato de vontade. Na condição de ser social, o homem tem que conviver com outras verticalidades, histórias de vidas socialmente construídas e, ao mesmo tempo, construir a horizontalidade, ou seja, novas relações com o grupo que no processo grupal constrói sua história, sem perder, porém, aquilo que caracteriza a identidade de cada um.

Na visão pluralista, entretanto, nos preocupa ver os conflitos tratados como potencialmente positivos e funcionais para a organização em detrimento do que eles podem representar para os trabalhadores. Isto porque, conforme Mendes (2007) a realidade laboral é “geralmente marcada pelo produtivismo, desempenho e excelência” sem correspondência com “as necessidades, aspirações e interesses dos trabalhadores”, ou seja, sem as condições necessárias para a execução das tarefas com qualidade, sem o sentido do trabalho. A situação é ainda agravada pelo estabelecimento de metas inatingíveis e pela polarização entre “trabalhar em equipe X trabalhar sozinho”, “atender normas que não acredita X perder o emprego”, “cooperar X sobrecarregar-se”, “denunciar práticas que discorda X silenciar”. Isto faz com que os conflitos sejam vivenciados como sofrimento, desconfiança e insegurança e tornem-se problemáticos tanto para trabalhadores (com a eclosão de rivalidades, individualismo e competitividade exacerbados) como para a própria organização (ameaçada de perder competitividade/produtividade, por exemplo). (MENDES, 2007, p.1).

Para Soboll (2008b) e Hirigoyen (2010), entre outros, tais situações podem desencadear extrema violência no trabalho (assédio moral) a nível organizacional<sup>32</sup>,

---

a não participação em reuniões, por exemplo, podem ser eloquentes, quando analisadas do ponto de vista pichoniano. Portanto, cada um desses papéis precisa ser visto no contexto em que ocorrem.

<sup>32</sup> O assédio moral interpessoal ou organizacional pode manifestar-se das mais diversas formas, veladas ou não, de excluir o outro (o diferente) e pelas mais diferentes motivações: preconceito (cor, sexo, religião, idade, estado civil); baixa produtividade; excelente desempenho/competência (o que é visto como concorrência ou ameaça); vontade de exercer o poder. O assédio moral organizacional está relacionado à gestão do trabalho; à estrutura, à divisão, à organização, à intensificação, à hierarquia do trabalho. Uma das implicações dessa situação laboral é o assédio moral. Sobol (2008a e 2008b), Margarida Barreto (2000), Maria Ester de Freitas (2001), de Roberto Heloani (2003; 2004) Marie-France Hirigoyen (2000), Dejours (1992) estabelecem que a relação entre assédio moral e organização do trabalho é recorrente e está na raiz do sofrimento no trabalho. Faz-se necessário discernir as hostilidades isoladas, pontuais, situacionais (fruto de reações intempestivas e sem intenção de ferir, denegrir ou prejudicar o outro) do assédio moral,

por meio da adoção de formas abusivas de gestão: gestão por medo (implica a existência de uma ameaça, velada ou não, que tem por objetivo a adesão do trabalhador aos objetivos organizacionais), por injúria (se faz uso de situações que humilham e/ou constrangem o trabalhador com vistas a obter obediência e submissão), por estresse (tem por finalidade a eficiência e a eficácia do trabalho. Portanto, não visa deliberadamente prejudicar o trabalhador, no entanto quando a pressão é exagerada, pode ocasionar danos físicos e psíquicos aos mesmos). (SOBOLL, 2008a, p. 22).

Tais formas de gestão revelam “o predomínio da racionalidade econômica que [submetem] os valores humanos e sociais à lógica utilitarista da sociedade na qual vivemos” (SHATZMAM, et al. 2009, p. 22) e, mesmo quando elas não são explicitamente aceitas pela organização ou pelos seus dirigentes, a tolerância para com essas formas de gestão no ambiente de trabalho é suficiente para estabelecer a responsabilidade da organização na existência de assédio moral (ARAÚJO, 2009, p. 64). No nosso entendimento, isso vale também para outras situações de conflitos como os relativos às condições/organização do trabalho no seu interior, reconhecendo, porém, que conflito e assédio são coisas diferentes.

Mendes (2007), com base na Psicodinâmica do trabalho, chama atenção para o fato de que o conflito é inerente ao mundo do trabalho por fazer parte das contradições entre os interesses dos trabalhadores e das organizações. Para entendermos essa contradição de interesses, o significado da palavra organização, pode ser útil. Organizar significa “1. constituir o organismo de; estabelecer as bases de; ordenar, arranjar, dispor. 2. Dar às partes de (um corpo) a disposição necessária para as funções a que ele se destina” ([www.dicionariodoaurelio.com](http://www.dicionariodoaurelio.com). Acesso em 10/08/2013). Assim sendo, as organizações (formais) se caracterizam por alto nível de planejamento e, por conseguinte, de controle para que seus objetivos ou sua missão possam ser realizados. Enquanto isso, interesses, desejos e necessidades, ou seja, o que decorre da dimensão subjetiva dos trabalhadores pode se contrapor à dimensão objetiva da organização. Para Mendes, entretanto, o conflito pode ou não gerar mal estar, afetar o desempenho profissional e o fluxo do trabalho, dependendo

---

cujo objetivo é o de, deliberadamente, prejudicar e excluir o trabalhador; do assédio organizacional, que visa controlar a coletividade dos trabalhadores com vistas à produtividade, a atingir metas e alcançar os objetivos organizacionais e gerenciais. Importante esclarecer que nem todo conflito envolve ou desencadeia situações de assédio moral. Esse tema, entretanto, não será desenvolvido nessa dissertação, por fugir aos objetivos da mesma.

do modo como são tratadas as diferenças de opiniões, as necessidades, a questão hierárquica. Nessa perspectiva, todo conflito implica algum tipo de antagonismo que, entretanto, pode desarranjar ou não a relação entre as pessoas.

A visão radical sobre os conflitos implica entendê-los no interior do movimento da história, como resultado das contradições a ele inerentes. Nesse sentido, os conflitos não podem ser eliminados. São as contradições que, ao causarem incômodo, impulsionam o processo pelo qual o homem elabora gradativamente o entendimento da realidade, por meio do processo dialético (tese, antítese e síntese), tornando possível sua ação, de forma cada vez mais consciente, sobre o real. Portanto, a visão radical implica a possibilidade de superação e subentende a necessidade da compreensão, por aproximações sucessivas, da origem dos conflitos.

O segundo grupo de visão de conflitos entende que alguns deles manifestam-se fenomenicamente: são os conflitos abertos, observáveis, isto é, são vistos, ouvidos, sentidos etc. Nem todo conflito, porém, aparece abertamente como realidade. Existem também os conflitos encobertos, negados e que são impedidos, pelos detentores do poder, de virem à tona, uma vez que tais conflitos

não alcançam a agenda formal da direção e das gerências. Circulam pelos corredores, como um murmúrio institucional (...) são os ruídos que a direção não escuta, nem pode, de alguma forma, escutar: fazer isso seria ter que enfrentar relações de poder instituído, com grande poder de reprodução\manutenção. (CECÍLIO, 2005, p. 509).

Entendemos que Mendes (2007) não diz outra coisa quando se refere à dimensão das relações socioprofissionais de trabalho. Ela considera que o contexto organizacional possui três dimensões: organização (definida como a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controle e ritmos de trabalho), condições (definidas como qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponibilizados para execução do trabalho) e relações socioprofissionais de trabalho (modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional), as quais imprimem um modo de gestão que pode ser produtor de conflitos e permitir ou não o seu enfrentamento.

Por fim, existem os conflitos latentes que consistem “numa contradição entre os interesses dos detentores do poder e os *verdadeiros interesses* daqueles por eles excluídos” (LUKES apud: CECÍLIO, 2002, p. 603) (grifos do autor) e que “poderiam

manifestar-se desde que determinados atores pudessem tomar consciência do quanto seus verdadeiros interesses são desconsiderados”. (CECÍLIO, 2005, p.509).

Importante levar em conta que os conflitos abertos, embora observáveis, não revelam suas causas subjacentes, tal como ocorre com o *iceberg*, cuja parte submersa é o que dá sua real dimensão.

Os conflitos encobertos e os latentes são, como seus nomes revelam, de difícil identificação/compreensão para quem os vivencia. Por essa razão, mantêm as pessoas em geral e os trabalhadores em particular, em um estado de indiscriminação (concreto caótico) e, muitas vezes, até se sentindo responsáveis pelo que está acontecendo<sup>33</sup>. Superar a indiscriminação implica a progressiva superação da visão parcial da realidade, passando para níveis de compreensão sucessivamente mais elaborados (o concreto pensado).

Quanto à questão do controle, Cecílio (2002) diz que dois tipos opostos de controle possuem

muita força explicativa na teoria das organizações: os conceitos de controle vertical e de controle em rede. [O primeiro apresenta formas manifestas, claras, explícitas de controle, dentre eles:] Comando, supervisão, observação direta, marcação de tempos do trabalho, hierarquia, mando. (CECÍLIO, 2002, p. 600-601).

Esse tipo de controle que se utiliza de meios coercitivos explícitos recebeu reflexões de Hobbes, Weber e, do próprio Foucault, ainda que levando em conta as relevantes diferenças entre tais autores.

Já o controle em rede tem sido adotado pelas organizações modernas que “tendem a abandonar meios coercitivos explícitos, substituindo-os por métodos disciplinadores, em que as normas e regulamentos são impostos pelos padrões norteadores do “recrutamento, seleção, profissionalização, treinamento intensivo” (CECÍLIO, 2002, p. 601), entre outros, que visam o controle da subjetividade por meio da padronização, da regulamentação e da rotinização dos procedimentos. Esse tipo de controle pertence a todos e a ninguém ao mesmo tempo.

Poder em rede, a microfísica do poder. Como diria Foucault (2000:38): “O poder, creio, deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que circula em cadeia. Nunca está localizado aqui ou lá, nunca está em mãos de alguns, nunca se apropria como uma riqueza ou um bem. O poder funciona. O poder se exerce em rede e nela os indivíduos não só

<sup>33</sup> “Tal como acontece no assédio organizacional que conduz a vítima a identificar em si a causa do assédio” (GOSDAL, et al. 2009, p. 38).



circulam, como também estão em condição de sofrê-lo e de exercê-lo (...). Em outras palavras, o poder transita pelos indivíduos, não se aplica a eles. (CECÍLIO, 2002, p. 601).

O poder em rede é potencializado pelos instrumentos administrativos, as tecnologias modernas que tornam os “indivíduos reconhecíveis, calculáveis e comparáveis. Mesmo nos modelos participativos, centrados na equipe e na autonomia”. (CECÍLIO, 2002, p. 601). No controle em rede, a vigilância, própria do modelo de controle vertical, deixa de ser necessária, passando a ser exercida por todos, já que, “todos se olham e todos são vistos”. (MCKINLAY & STARKEY, apud: CECÍLIO, 2002, p. 601). Na continuidade Cecílio diz que esse tipo de controle é típico da gestão flexível, ou seja, do “espírito” Toyota.

Antunes (1995:34), ao analisar os novos arranjos produtivos no capitalismo, percebe algo semelhante ao que estamos denominando controle em rede. “A subsunção do ideário do trabalhador àquele vinculado pelo capital, a sujeição do *ser* que *trabalha* ao ‘espírito’ Toyota, à ‘família’ Toyota, é de muito maior intensidade, é *qualitativamente* distinta daquela existente na era do fordismo. Esta era movida centralmente por uma lógica mais despótica; aquela, a do toyotismo, é mais *consensual*, mais *envolvente*, mais *participativa*, em verdade mais *manipulatória*. (CECÍLIO, 2002, p. 601) (grifos do autor).

Nos próximos itens, caracterizaremos o hospital estudado, o SGP e apresentaremos os procedimentos da pesquisa.

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTUDADO

Trata-se de um hospital público de grande porte<sup>34</sup> de referência nacional. Ao longo da sua existência, o perfil assistencial da instituição foi alterado em decorrência da regionalização, que transferiu a responsabilidade pela assistência à saúde para os municípios e pela hierarquização no Sistema Único de Saúde (SUS), passando a atender usuários de médio e alto risco, ou seja, de maior complexidade e gravidade. Esse fato resultou no crescimento da demanda por leitos de urgência e emergência.

<sup>34</sup> Os hospitais são classificados quanto ao porte em pequeno, médio, grande e de capacidade extra de acordo com o número de leitos: até 50, de 51 a 150, de 151 a 500 e acima de 500, respectivamente. (GIOVANELLA, 2008, p. 668).

O hospital tem capacidade para aproximadamente 500 leitos, sendo que destes foram fechados cerca de 150 até 2012. Seguindo a tendência exposta anteriormente, a diminuição do número de leitos vem ocorrendo ao longo dos anos. Por outro lado, foram abertos leitos para atendimento das situações clínicas de maior gravidade, em consonância com a política do SUS, implicando, porém, na necessidade de maior número de trabalhadores por leito<sup>35</sup>, sem que tenha ocorrido aumento proporcional da força de trabalho.

Pelo contrário, hoje o hospital tem um déficit de aproximadamente 1000 trabalhadores de saúde<sup>36</sup>, sendo de no mínimo 600 de formação específica do setor de saúde e de cerca de 400 das demais áreas. A redução da força de trabalho é agravada por aposentadoria, falecimento, desligamento e/ou afastamento por problema de saúde, entre outros. Nos três primeiros casos, quando se trata de servidores, pode haver reposição por meio de concurso público. O mesmo, contudo, não acontece em se tratando de celetistas, cujas contratações não estão autorizadas desde 1996, por determinação do Tribunal de Contas da União (TCU). A contratação foi uma alternativa para manter o hospital em funcionamento, tendo em vista a limitação dos concursos autorizados pelo MEC, os quais só vêm acontecendo em situações emergenciais e/ ou por vacância<sup>37</sup>, sendo, portanto, insuficientes para atender a demanda. Assim, o quantitativo de trabalhadores vem caindo progressivamente. No que se refere aos celetistas, o acórdão 1520\2006 determinou que eles deveriam ser substituídos por servidores concursados até 2010, fato que representa uma pressão adicional sobre tais trabalhadores. A substituição só não foi concretizada devido a negociações sucessivas e ciência de que o hospital não prescinde dessa força de trabalho.

O hospital adota o modelo de gestão colegiada tendo em vista a descentralização administrativa e o propósito de promover a participação dos seus trabalhadores no processo decisório, tanto nos níveis de direção e gerências como

---

<sup>35</sup> “A previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem é um processo que depende do conhecimento da carga de trabalho existente nas unidades de internação, que está relacionada às necessidades de assistência de enfermagem dos pacientes e do padrão de cuidado pretendido”. (NEIS e GELBCKE, 2011, p.6).

<sup>36</sup> Usamos o termo em consonância com Machado (2008, p. 310) que define trabalhador de saúde como sendo “todos os que se inserem direta ou indiretamente na saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor”.

<sup>37</sup> Vaga aberta no serviço público por motivo de exoneração, demissão, promoção, readaptação, aposentadoria, falecimento do servidor ou sua posse em outro cargo inacumulável.

nos de suas respectivas equipes. As diversas unidades gerenciais subdividem-se em Unidades Administrativas, que cuidam da infraestrutura, da logística, do RH, etc., ou seja, que fazem parte da área meio, e em Unidades Assistenciais, ligadas ao atendimento direto dos pacientes, ou seja, que fazem parte da área fim, tais como, equipe de enfermagem, médica, laboratoriais, farmácia e nutrição, por exemplo.

Seus trabalhadores são regidos por dois tipos de vínculos empregatícios: Regime Jurídico Único (RJU) e Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Além destes, o hospital conta com residentes multiprofissionais, voluntários e estagiários de nível médio e superior.

A diversidade de vínculos gera insatisfação e conflitos entre os trabalhadores, dado a diferença de regimes jurídicos que os rege. Por exemplo, os regidos pelo RJU possuem estabilidade no emprego, os celetistas, não. Por outro lado, estes têm direito a Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), enquanto os servidores, não. Além disso, existe diferença salarial entre estes dois grupos dependendo da época e das negociações, reajustes, etc. realizados por seus representantes. Assim, a “gangorra” dos salários ora pende para um ora para o outro grupo.

Os terceirizados são os que percebem os menores salários e os que no hospital realizam as atividades mais simples, mas nem por isso, menos fundamentais, tais como os serviços de zeladoria e cozinha. O alto nível de rotatividade deste segmento sinaliza a crescente precarização do trabalho, mormente para eles.

A diferença salarial entre esses grupos é percebida como injusta sob alegação de que eles têm o mesmo volume de trabalho. Queixas de discriminação mútua são comuns e revelam a fragilização das relações sociais do trabalho dessa parcela da classe trabalhadora.

Os resultados da pesquisa realizada por Farias e Vaitsman (2002) evidenciam que a diversidade de vínculos decorre da flexibilização contratual da força de trabalho, e

têm como consequência o estabelecimento de vínculos mais fluidos entre o trabalhador e a organização. Acentua-se o caráter transitório da relação de trabalho, o que, especialmente nas organizações públicas, contrasta com o caráter estável que distingue o vínculo de servidor que continua a vigorar para a outra parte dos trabalhadores. O convívio dessas diferentes formas de contrato gera tensões, latentes ou manifestas, produzindo, não raro, uma hierarquia entre os “estáveis” e os “contratados”.

A diversificação das regras e dos mecanismos de pressão e controle *vis-a-vis* aos diferentes trabalhadores e a conseqüente percepção das desigualdades que se produzem são fatores inibidores à produção de um ambiente organizacional que enfatize a cooperação, integração e participação, elementos valorizados pelas mais atuais concepções de gestão. (FARIAS E VAISTSMAN, 2002, p.1232-1233) (Grifos dos autores).

Outro aspecto da instituição é o fenômeno do “rádio corredor”. Ali, notícias circulam diariamente, sem exatidão, alimentadas pelo e/ou alimentando o clima de incerteza, alarmismo e desconfiança no futuro dos trabalhadores, mormente dos celetistas, e da própria instituição, agravado no momento pela expectativa da entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Normalmente associado com fofoca, o “rádio corredor”, como mencionamos anteriormente, resulta de conflitos que não alcançam a agenda formal da direção.

#### 4.3 O SERVIÇO DE GESTÃO DE PESSOAS (SGP)

O serviço foi implementado no hospital em 2008, tendo como objetivo central a melhoria das relações de trabalho.

As maiores dificuldades, então, estavam associadas a questões jurídicas relacionadas aos diferentes vínculos empregatícios existentes no hospital (servidores e celetistas) e a questões comportamentais. Ambas demandavam ação da Unidade de Gestão de Pessoas (UGP). O caminho escolhido foi o de instrumentalizar as lideranças formais para atuarem com maior segurança na resolução dos problemas, junto às suas equipes.

Para ampliar a competência das lideranças, o serviço elaborou em 2008 um manual contendo as informações jurídicas mais solicitadas por elas, que foi distribuído a todas as gerências, minimizando significativamente esse tipo de demanda.

A partir de então, o SGP ficou responsável por atender às demandas comportamentais e a gerência da UGP por atender às demandas jurídicas.

Em 2009, foram iniciados encontros/dinâmicas de grupo sobre temas relacionados à gestão de conflitos e liderança com gerentes/supervisores do hospital, bem como, em paralelo, encontros com grupos formados por suas equipes

de trabalho, atendendo às demandas das lideranças formais e a de seus subordinados ao mesmo tempo.

Sobre o processo de entrada no SGP, ele é desencadeado por solicitação das lideranças formais (gerentes, supervisores e chefias) ou pela UGP, a qual encaminha ao SGP as demandas/queixas que chegam até ela via direção, gerências e, menos comumente, via os próprios trabalhadores. As demandas/queixas encaminhadas diretamente ao SGP chegam via email ou telefone. Elas, em geral, chegam como dificuldade de relacionamento interpessoal. A partir daí, o SGP agenda reunião(ões) com o(s) solicitante(s) para detalhar/clarear a demanda. Definindo que ela é da sua competência, a equipe do SGP propõe a forma mais adequada de atendimento. O SGP conta com quatro profissionais de diferentes formações. Os atendimentos são sempre em duplas, sobretudo quando se opta pela realização de dinâmicas de grupos: um atua como coordenador e o outro como observador. Este também tem como função anotar as falas do grupo durante as dinâmicas. Tais anotações são digitadas gerando os relatórios para que o SGP possa elaborar as próximas reuniões/dinâmicas, atendendo às necessidades específicas de cada grupo. Dado o objetivo inicial dos relatórios, foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos sujeitos pesquisados. Em média as dinâmicas são em número de três, com 1h30 de duração cada.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: LEVANTAMENTO DE DADOS DOS RELATÓRIOS E DA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

A pesquisa buscou situar os conflitos de que os trabalhadores pesquisados são protagonistas, no interior das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, sobretudo na fase contemporânea do modo de produção capitalista.

Foram utilizados dois tipos de fontes: registros de reuniões e de dinâmicas de grupos selecionados, realizadas pelo Serviço de Gestão de Pessoas (SGP) da Unidade de Gestão de Pessoas (UGP) do hospital e um questionário aplicado aos trabalhadores que participaram das reuniões/dinâmicas selecionadas.

Para determinar quem seriam os participantes da pesquisa foram utilizadas as listas de frequência (nas dinâmicas de grupos realizadas) e de presença nos

registros de reuniões. Foi feita uma pré-seleção dos participantes, a qual implicou a exclusão de alguns e das dinâmicas das quais participaram. A seleção teve por base dois critérios: primeiramente a acessibilidade (por exemplo, listas de frequência/presença compostas por muitos trabalhadores terceirizados - visto que, sendo alta a rotatividade desse segmento, muitos já não pertenciam ao quadro funcional - e por mais de 20% dos trabalhadores que haviam se aposentado ou que estavam afastados do trabalho). Estes dois grupos de trabalhadores foram excluídos da pesquisa. O segundo critério foi o da maior demanda e participação nas dinâmicas realizadas pelo SGP.

A partir daí, a pesquisadora iniciou o contato com os possíveis participantes. Mediante aceite, foi explicado o teor da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Ato contínuo, o TCLE foi entregue juntamente com o Questionário (APÊNDICE 2), com prazo acordado para devolução.

O prazo limite estabelecido para o contato com os participantes e coleta dos TCLE e dos questionários foi agosto de 2013. Esse prazo fixou em cento e trinta e três o número de participantes da pesquisa e delimitou os registros de dinâmicas de grupos com pelo menos 80% de assinatura do TCLE.

Os sujeitos pesquisados são trabalhadores das áreas fim e meio, ou seja, que exercem atividades administrativas e/ou assistenciais e que ocupam diferentes posições hierárquicas. Em conformidade com o TCLE, seus nomes foram omitidos no texto dessa dissertação a fim de garantir o sigilo e preservar sua identidade. Também alteramos os nomes das unidades/serviços e da instituição pelo mesmo motivo.

As informações levantadas a partir dos relatórios geraram a lista com o detalhamento dos conflitos recorrentes (APÊNDICE 3).

As informações obtidas a partir do questionário foram tabuladas em 31 planilhas Excel: uma para cada uma das 30 perguntas e uma para as informações contidas no cabeçalho. Elas geraram dois documentos: um com a transcrição literal dos depoimentos que os participantes escreveram no campo *observações* do questionário (APÊNDICE 4), outro com a quantificação dos dados (APÊNDICE 5), que forneceram informações interessantes, contudo, insuficientes para explicar o homem como ser que se produz em sociedade. Para este fim, utilizamos o método do Materialismo Histórico, descrito anteriormente, com vistas a buscar os nexos de

determinação entre os fenômenos singulares no modo de reprodução particular de uma fração da classe trabalhadora, como é o caso dos trabalhadores do hospital. Importante observar que, como vivemos todos sob um mesmo modo de produção, esses nexos permeiam a sociedade como um todo, por essa razão, podem ser generalizados para todos os trabalhadores da saúde.

Para responder às cinco questões formuladas a fim de desenvolver esta pesquisa e alcançar os seus objetivos, utilizamos os dados colhidos das fontes utilizadas. Destes, selecionamos para análise apenas os que consideramos mais significativos e suficientes para a pesquisa: com relação às condições de trabalho (CT), selecionamos os dados relativos à manutenção de equipamentos e falta de material necessário para o desempenho das tarefas, que atinge os trabalhadores do hospital como um todo, e com relação especificamente à equipe de enfermagem, o barulho e a dificuldade com acompanhantes. Com relação à organização do trabalho (OT), selecionamos as informações relativas à sobrecarga, participação na gestão e formação dos trabalhadores por meio dos cursos oferecidos pela instituição.

A análise dos dados foi realizada à luz das relações sociais do trabalho assalariado, de modo a relacionar como e em que medida as condições/ organização do trabalho respondem pelos conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde, além de relacionar os conflitos com a sua formação e as relações de classe.

#### 4.5 ANÁLISE DOS CONFLITOS À LUZ DO GERENCIAMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

A análise dos dados revelou que por trás das queixas iniciais se ocultavam outras, recorrentes, não percebidas como mais importantes, para o entendimento dos conflitos protagonizados pelos trabalhadores da instituição no ambiente de trabalho. Entre elas, as mais comuns e que foram apresentadas tanto pelas lideranças formais como pelos subordinados como geradoras de conflitos destacamos: comportamento desrespeitoso; impontualidade; desmotivação; sobrecarga associada ao aumento da demanda de trabalho e ao déficit de pessoal; grande número de atestados e de trabalhadores com restrição; fofoca/rádio

corredor”; manutenção corretiva e preventiva de equipamentos falha; e falta sazonal de material para a realização das tarefas. Dentre as queixas trazidas especialmente pelas lideranças formais, encontram-se pessoas com temperamento difícil na equipe; a incompreensão dos subordinados frente à nova posição dos colegas que assumem cargo de liderança; pressão de alguns subordinados caso suas solicitações não sejam atendidas; resistência e/ou não atendimento à (algumas) normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); suspeita de uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho; atrasos/erros no preenchimento da folha ponto; defesa dos direitos mais do que dos deveres; sentimento de impotência frente ao que foge da sua governabilidade e que interfere no fluxo do trabalho. Dentre as queixas especificamente trazidas pelos sujeitos subordinados, destacamos: equipes sentem falta da presença mais constante das lideranças para apoio e defesa junto aos pacientes, acompanhantes e médicos; privilégios da equipe médica; falta de reconhecimento do trabalho, do saber da equipe, mormente da equipe de nível técnico; rivalidade entre os vínculos empregatícios diferentes; equipamentos com defeito e sem manutenção.

Com base nessa lista, os conflitos foram classificados em dois tipos: conflitos decorrentes das CT e conflitos decorrentes da OT, o que os caracteriza como conflitos de gestão.

Importa esclarecer que, embora a lista apresente problemas relacionados a comportamento e que os conflitos apareçam inicialmente como decorrentes de indivíduos “problemáticos” ou “criadores de caso”, que certamente existem e apresentam dificuldade de relacionamento interpessoal, a análise dos dados permitiram afirmar que as condições/organização do trabalho possuem peso significativamente maior para explicar a eclosão dos conflitos laborais protagonizados pelos trabalhadores no hospital pesquisado.

No quesito *maior responsável pelo estresse no trabalho*, questão 27 do questionário, por exemplo, a dificuldade de relacionamento com colegas foi a opção de 6,8% dos participantes distribuídos entre os sujeitos subordinados e as lideranças formais; com a chefia de 6% dos participantes distribuídos entre membros da equipes e lideranças formais, correspondendo a 12,8% das respostas. Essa percepção surpreende pela contradição com a demanda inicial. Portanto, mostra que a queixa relativa ao relacionamento interpessoal como origem dos conflitos na instituição representa apenas a ponta do *iceberg*, sendo expressão no indivíduo do



modo de vida, ou seja, das condições particulares presentes no hospital. Em contrapartida, a sobrecarga de trabalho foi apontada por 30,1% dos pesquisados. Vale mencionar o fato de que os conflitos de relacionamento, em geral, estão relacionados ao risco de rompimento dos fluxos do trabalho.

Como informado, a demanda inicial chega ao SGP como dificuldade de relacionamento interpessoal (entre os membros da equipe; entre estes e seus superiores; com a equipe médica; entre equipes distintas; com acompanhantes). Entretanto, essas queixas vão sendo aos poucos relacionadas às condições e organização do trabalho.

Ainda que admitindo que alguns conflitos possam decorrer de problemas apresentados por indivíduos com dificuldade de relacionamento interpessoal, ou por problemas pessoais, tais dificuldades não excluem situações relacionadas à CT e/ou OT. Por exemplo, a impontualidade pode ser uma questão comportamental visto que há pessoas, sistematicamente, impontuais. A impontualidade no trabalho, entretanto, pode ser atribuída à OT quando decorre de cansaço por sobrecarga de trabalho, por exemplo. O mesmo vale para a apresentação de atestados: pode decorrer de situações típicas de gravidez ou de atendimento a pessoas da família, por exemplo. Entretanto, pode configurar CT, quando resulta de exposição a material biológico, comum na área da saúde e/ou OT devido à excesso de horas extras, insatisfação e/ou pressão no trabalho, etc. Apesar das queixas apresentarem esse caráter subjetivo, a OT, além de não poder ser descartada em nenhuma das queixas, possui peso explicativo importante para os conflitos apresentados.

Enfim, essa linha de raciocínio pode ser generalizada para os demais itens. Por trás, até mesmo, de comportamentos normalmente atribuídos à falta de urbanidade, pode haver relação com as CT e/ou OT. Essencial frisar que nossa intenção não é desresponsabilizar os indivíduos que apresentam esse tipo de comportamento, até porque, além de inaceitável, ele não contribui para a solução dos problemas laborais, mas para alcançar os nexos de determinação que levam aos conflitos no trabalho.

Chamamos atenção para o fato de que as lideranças formais também estão sujeitas a pressões semelhantes à dos seus subordinados e expressam isso com clareza nas queixas relativas ao déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, cobrança de todos os lados. Tal clareza, no entanto, não significa, necessariamente, que elas tenham consciência de que os conflitos que acontecem no ambiente laboral se

devam às CT e/ou à OT, que são assim devido aos processos de trabalho vigentes. O mesmo pode ser dito com relação aos sujeitos subordinados. A falta de clareza decorre da análise do fenômeno ser prioritariamente realizada no nível da singularidade, ou seja do indivíduo.

Interessante observar que as CT geraram, no período estudado, número menor de demanda se comparadas à OT. Contudo, ambas aparecem tanto na percepção das lideranças formais como na dos subordinados. No que tange às CT as queixas são muito semelhantes nos dois grupos, sobretudo com relação à manutenção dos equipamentos. Os sujeitos subordinados, no entanto, mormente da equipe de enfermagem, têm queixas bem específicas, expressas no excesso de barulho (por exemplo, dos equipamentos das UTIs) e na insuficiência/inadequação de local para descanso e higiene. As respostas às questões 23, 24 e 25 do questionário trouxeram informações adicionais sobre as CT. No que concerne à manutenção dos equipamentos (questão 24), percebe-se que a discordância com relação à manutenção dos equipamentos diz respeito não à ausência, mas à frequência com que é realizada. Houve prevalência na opção “a” que diz respeito à regularidade da manutenção. Contudo, ela é realizada com presteza para 12,8% dos participantes e sem presteza para exatamente o dobro (25,6%)<sup>38</sup>. De modo geral, a manutenção é corretiva, só acontecendo mediante solicitação. As seguintes considerações foram tecidas: *“Temos uma deficiência na manutenção de equipamentos”*; *“Não é feita regularmente. Fica parada por muito tempo”*; *“Há necessidade de solicitar e cobrar constantemente”*; *“[ocorre] conforme disponibilidade dos setores responsáveis”*, *“A manutenção preventiva é falha”*<sup>39</sup>. Trabalhadores<sup>40</sup> da área meio informaram que procuram realizar manutenção corretiva e preventiva, mas a mesma é dependente da natureza dos contratos de manutenção. Apenas na radiologia<sup>41</sup> foi relatado que a manutenção ocorre regular e preventivamente, e na enfermagem<sup>42</sup>, que a presteza depende do equipamento.

Um aspecto interessante a se considerar é que a manutenção dos equipamentos diz respeito às condições de trabalho, mas a natureza dos contratos

<sup>38</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5).

<sup>39</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 12, 15, 17, 18, 28, 48, 63, 73, 86, 114, das áreas meio e fim.

<sup>40</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 16, 39, 82, 93.

<sup>41</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduo 98.

<sup>42</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduo 130.

de manutenção, não. Esta tem relação com a gestão e pode ser relacionada à estratégia de controle de gastos. Em outras palavras, as CT e a OT são interligadas.

A vinculação CT/OT se repete quanto à disponibilidade de materiais/equipamentos necessários para a realização das tarefas (questão 25): 62,4% dos pesquisados consideram ter o suficiente, 30,1% o mínimo<sup>43</sup> e 3,8% abundantemente (equipe de enfermagem)<sup>44</sup>. Contudo, os comentários dos indivíduos que marcaram a alternativa “b” (suficiente), revelam a percepção negativa da gestão do Estado na afirmação de que *“por ser um hospital público, inúmeras vezes o necessário não está disponível no momento em que precisamos, havendo necessidade de improvisação”*<sup>45</sup>; a carência para a enfermagem (entre os pesquisados) refere-se especialmente a oxímetros<sup>46</sup>, dependendo do fluxo de pacientes: *“Em geral temos superlotação na unidade, faltando oxímetros, cabos, etc.”* e *“Ocorrem faltas sazonais de materiais hospitalares”*<sup>47</sup>. Segundo uma liderança formal, uma das razões de insatisfação da equipe de enfermagem foi apontada como sendo a *“falta de estrutura para desempenhar suas atividades: uma tem trinta [pacientes] para fazer curativos e ela não tem material (...) aí, as pessoas querem sair [do serviço em questão]”*<sup>48</sup>. Nesta fala podemos observar que a falta de material impede o trabalho concreto adequado.

A falta de equipamento e/ou manutenção dos mesmos e de materiais (questão 27) foi identificada por 12% dos participantes como fator de estresse. A falta de local apropriado para atendimento de todos os pacientes também foi arrolada nesse quesito. Outros 21,1% dos participantes marcaram a coluna “múltiplas respostas”, associando como fator de estresse os itens “d” (falta de equipamento e material) e “c” (sobrecarga de trabalho, que diz respeito à OT)<sup>49</sup>, apontada por 31% dos participantes.

Pensamos que a partir dos dados acima é possível afirmar que os componentes existentes nas queixas do trabalhador da saúde que dão a conhecer as condições de trabalho, dizem respeito, sobretudo, à falta de manutenção

<sup>43</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5), 6 indivíduos da área meio e 34 da área fim.

<sup>44</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5), indivíduos da área fim.

<sup>45</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduo 19.

<sup>46</sup> Aparelho que mede a quantidade de oxigênio no sangue de um paciente.

<sup>47</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 19, 107 e 100, respectivamente.

<sup>48</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com lideranças formais, em 1º/07/2009.

<sup>49</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5).

preventiva de equipamentos, de disponibilidade de materiais, por vezes, sazonal e/ou decorrentes do processo licitatório demorado e burocrático.

Interessante notar que nenhuma das demandas iniciais chegou ao SGP como problema relacionado às CT. Isso surpreende, dado que o percentual de respostas nesse quesito foi significativo. Entretanto, comparado com a organização de trabalho, as condições de trabalho parecem ter impacto menor sobre os trabalhadores.

A razão do menor impacto pode ser encontrada nas considerações de Dejours (1992) sobre a relação CT–OT que podem lançar luz sobre a queixa recorrente das chefias, segundo nossa pesquisa, relativa à resistência dos trabalhadores da saúde às orientações e às normas da CCIH. Para o autor francês, o sofrimento no trabalho decorre da relação homem-trabalho bloqueada e que isso se dá em função da sua organização mais que em decorrência das condições do trabalho<sup>50</sup>.

As condições de trabalho resultam de uma das leis gerais do modo de produção capitalista que é a busca incessante do lucro, sendo a exploração da força de trabalho ingrediente fundamental para tanto. Ante o excedente dessa força de trabalho, propiciado pela desqualificação do trabalhador, e a perda do poder de negociação decorrente, visto que os trabalhadores podem ser facilmente substituídos, resta a eles se adequarem a essas condições ou arriscarem perder o emprego, caso dos trabalhadores contratados no regime celetista. Para estes, o fantasma do desemprego é ainda mais problemático, dado o fato de se encontrarem

---

<sup>50</sup> Dejours (1992) reconhece que o estabelecimento do nexos entre adoecimento (especialmente mental) dos trabalhadores e as condições de trabalho ainda demanda mais pesquisa. Ele considera que a intervenção ergonômica tem ação e positividade pontuais, ou seja, que não alcançam a situação global do trabalho. Sem desmerecer a sua importância, a intervenção ergonômica, em geral, é rapidamente incorporada pelo hábito e esquecida, principalmente quando ela própria revela outros prejuízos, dando aos trabalhadores a sensação de que nada mudou, pois, se por um lado traz alívio (físico) por outro, permite a intensificação da produtividade, podendo-se dizer que por seu caráter limitado a ergonomia revela que o sofrimento/insatisfação do trabalhador com relação ao trabalho é de natureza mental e não física. Ele também estabelece relação da ergonomia com personalidade, mostrando que um melhoramento das condições laborais pode ser avaliado negativamente por trabalhadores com estruturas mentais diferentes (por exemplo, alguns encontram prazer e têm necessidade de tarefas que implicam fortes exigências físicas, um segundo grupo pode se comprazer em tarefas de exigência psicossensoriais, outros de demanda intelectual intensa. Para cada grupo a avaliação do efeito da intervenção ergonômica será diferente). Por isso, a adequação entre a estrutura mental e a ergonomia não pode ser negligenciada, pois existe na relação homem-trabalho tanto necessidades com relação ao corpo no sentido físico e nervoso quanto da estrutura da personalidade, o que faz com que as cargas de trabalho não sejam percebidas de igual modo pelos trabalhadores. O conflito que surge dessa inadaptação “não é outro senão o que opõe o homem à organização do trabalho (na medida em que o conteúdo ergonômico do trabalho resulta da divisão do trabalho”. (DEJOURS, 1992, p. 62).

numa faixa etária acima dos 45 anos<sup>51</sup>, o que pode dificultar sua reinserção no mercado de trabalho. Também pesa nas suas considerações o tempo de serviço já realizado na instituição, visto que 41,4% (o percentual inclui trabalhadores estáveis e celetistas), trabalham há mais de 20 anos no hospital.

Para enfrentarem a precarização crescente, os trabalhadores lançam mão dos mecanismos de resistência e de defesa bem explicitados nas considerações de Dejours (1992) e de Pitta (2003), apresentados em momento anterior desse trabalho.

Um aspecto da ideologia ocupacional defensiva<sup>52</sup> pode nos aproximar do entendimento relativo à resistência dos trabalhadores da saúde às normas de segurança. Utilizando a construção civil, como referência, Dejours (1992) aponta para o fato de seus trabalhadores apresentarem um comportamento insólito com relação à resistência às normas de segurança, que tanto pode ser debitada à consciência como à “pseudoinconsciência”<sup>53</sup> dos riscos e do medo deles decorrentes. Entretanto, por trás desse comportamento, na verdade há, segundo o autor francês, consciência aguda do risco. O medo deve ser controlado a todo custo para que o trabalhador possa continuar exercendo sua atividade. O medo, porém, existe e aparece dissimulado nas dores de cabeça e outros sintomas. Assim, a resistência às normas de segurança nada mais é, para o referido autor, do que mecanismo de defesa para controlar o medo vivenciado pelo trabalhador no exercício da sua tarefa.

Para Pitta (2003), no caso dos trabalhadores da saúde, a ideologia defensiva se manifesta nas formas de fragmentação técnico-paciente, despersonalização e negação da importância do indivíduo, distanciamento e negação de sentimentos,

<sup>51</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5): faixa etária dos pesquisados.

<sup>52</sup> Dejours (1992) identificou seis aspectos da ideologia defensiva: “tem por objetivo mascarar, conter, ocultar uma ansiedade particularmente grave” (p.35); aparece de formas específicas em diferentes grupos devendo ser “relacionados com a natureza da organização do trabalho” (p. 36); refere-se a riscos reais, não imaginários; para ser operatória deve ser partilhada por todos; “para ser funcional deve ser dotada de certa coerência. O que supõe certos arranjos rígidos com a realidade” (Idem p. 36); tem “caráter vital, fundamental e necessário” (p. 36), obrigatório. Portanto, “a partir dela que se pode compreender porque um indivíduo isolado de seu grupo social se encontra brutalmente desprovido de defesas face à realidade a que ele é confrontado”. (p. 36). “(...) a ideologia defensiva tem um valor funcional em relação à produtividade. (...) se um trabalhador não conseguiu incorporar a ideologia defensiva da sua profissão por conta própria, se não consegue superar a própria apreensão, será obrigado a parar de trabalhar. Seu grupo profissional, armado da ideologia defensiva, elimina aquele que não consegue suportar o risco. Desta maneira, o que se mostrar mais frágil será objeto dos riscos dos outros. (DEJOURS, 1992, p.71-72).

<sup>53</sup> “A pseudoinconsciência do perigo – resulta, na realidade, de um sistema defensivo destinado a controlar o medo”. (DEJOURS, 1992, p.70).

tentativas de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas, redução do peso da responsabilidade, conforme apresentamos no tópico três dessa dissertação.

Surge aqui uma questão: até que ponto a resistência/não atendimento a algumas das normas da CCIH - dentre elas, uso de celular, de adereços, etc. na(s) UTI(s) - uma das queixas das lideranças formais com relação aos sujeitos subordinados e não subordinados a elas (médicos, por exemplo) poderia também estar relacionada à sobrecarga de trabalho, à percepção de que as regras não valem para todos (APÊNDICE 3) ou à “qualificação”/formação fragmentada do trabalhador, etc.?

O uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, apresentado como um dos problemas geradores de conflitos “articula-se com esta ideologia”. (DEJOURS, 1992, p. 72).

Uma última consideração que diz respeito tanto às CT como à OT, é a dificuldade da equipe de enfermagem, sobretudo das áreas críticas, com os acompanhantes, dificuldade esta identificada pelas lideranças formais e admitida pelos trabalhadores da enfermagem.

Estudos realizados por MOLINA et al (2008), BARBOSA e RODRIGUES (2004), KLIPEL et al (2013), MERIGHI et al (2011), ROSSATO-ABEDE e ANGELO (2002), entre outros, sobre presença dos pais em UTI neonatal, mostram que, ao mesmo tempo que a equipe de enfermagem reconhece a importância da presença materna<sup>54</sup>, junto ao bebê, ela questiona sua presença constante, sobretudo em situações de emergência, pois sentem maior dificuldade para cuidar do paciente na presença dos pais. (MERIGHI et al (2011)).

A presença dos pais e acompanhantes, insere-se no programa *Visita aberta e direito a acompanhante*<sup>55</sup>, que permite entre outras coisas, “a integração do acompanhante e dos familiares no processo das mudanças provocadas pelo motivo da internação e das limitações advindas da enfermidade, colaborando com o doente

---

<sup>54</sup> Estudos mostram que a presença materna é fundamental na formação do psiquismo humano, para o desenvolvimento da personalidade, do vínculo mãe-bebê, etc. Além disso, presença da mãe junto à criança hospitalizada, sobretudo abaixo de 5 anos, “possibilita a redução do estresse emocional tanto da criança como da família, ao mesmo tempo que contribui para diminuir o tempo de internação” (MOLINA et al, 2008, p. 631).

<sup>55</sup> A visita aberta e direito a acompanhante faz parte da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. O programa de visita aberta e direito a acompanhante fundamenta-se na importância “de garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012, p. 3), rompendo assim com a concepção de isolamento dos doentes que caracterizou a história das instituições hospitalares.

no enfrentamento destas [incluindo] desde o início da internação, a comunidade no processo dos cuidados com a pessoa doente, aumentando a autonomia desta e a dos seus cuidadores. (...) [A função da equipe de enfermagem nesse caso, é] orientar os membros da família quanto ao papel de cuidadores leigos, que podem aprender algumas técnicas para a continuidade do cuidado em casa” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012, p. 7), desse modo, habilitando-se a “reproduzir ‘em casa’ as atitudes e comportamentos recomendados, tornando o espaço residencial um lugar reabilitador, um verdadeiro ambiente de vida ajustado à situação de cuidado”. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012, p.10) (grifos do autor).

Importante lembrar que tal presença decorre de um problema de saúde que implica sofrimento físico e/ou emocional para todos os envolvidos: o paciente, sua família e a própria equipe, os quais acionam os respectivos mecanismos de defesa para lidar com a situação. Soma-se a isso o fato de ser o ambiente hospitalar, em especial o altamente tecnológico, frio e hostil das UTIs, simultaneamente assustador e valorizado pelo(s) acompanhantes. As regras, procedimentos e cuidados ali utilizados nem sempre são conhecidos por eles, o que demanda orientação. Isso requer um tempo, por vezes justaposto ao necessário para os cuidados diretos ao paciente, embora possa também promover uma parceria com os pais e contribuir para aliviar a carga de trabalho da enfermagem.

As visitas e o acompanhante são percebidos nos serviços de saúde “como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um ‘peso’ a mais, uma demanda que precisa ser contida; faltam estrutura física e profissionais destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes; dificuldade de compreensão da função do visitante e do acompanhante na reabilitação do doente, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores e dos familiares; [e de que] faltam e, quando há, são muito precárias as condições para a permanência de acompanhantes em tempo integral no ambiente hospitalar” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012, p.5-6) (grifo do autor).

Esse contexto provoca tensões, sentimentos contraditórios e resistências, sobretudo quando as orientações e/ou procedimentos da equipe de enfermagem são questionados pelo(s) acompanhante(s), com isso interferindo ainda mais no fluxo dos cuidados com o paciente.

Nesse contexto, o familiar passa a ser visto “como um intruso, alguém que está ali para atrapalhar, fiscalizar, reclamar, impedindo que o profissional realize o

seu trabalho” (BARBOSA e RODRIGUES, 2004, p. 210), levando a uma relação conflituosa entre as partes.

Interessante notar que o questionamento da conduta profissional, por vezes, é respaldada em informações obtidas via internet, fato novo que se insere no avanço científico-tecnológico atual e que pode desencadear condutas defensivas não só na equipe de enfermagem, mas em outros profissionais, da saúde ou não, por tornarem-se suscetíveis a questionamentos tidos como “indevidos”, dirigidos a quem detém o saber e o poder, naquele contexto. Conduta que a equipe de enfermagem recebe dos seus superiores hierárquicos e, contraditoriamente, reproduz com relação aos acompanhantes. Tal comportamento mostra que o conjunto de ideias e crenças da classe dominante, constitui-se também como valores da classe dominada, levando-a acriticamente a reproduzi-lo com relação aos acompanhantes.

A presença dos acompanhantes, contudo, tornou-se um direito da criança e dos pais, como resultado da implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (lei no. 8069/ 1990), direito que ainda não foi plenamente absorvido pela equipe de enfermagem, possivelmente porque “esse fato modifica a estrutura de organização do processo de trabalho, exigindo do profissional capacitação para compreender a dinâmica das relações interpessoais” (PIMENTA; COLLET, 2009 apud: KLIPEL et al, 2013, p. 2), sem que sua formação os prepare para lidar com isso.

Vamos lembrar que os participantes da pesquisa atuam na rede pública, isso significa dizer que sua clientela provém do Sistema Unificado de saúde (SUS). Essa clientela, em geral, compõe o chamado, por Dejours (1992), subproletariado, cuja característica básica não é o tipo de trabalho que realiza, mas o fato de residirem nas favelas e cortiços da periferia das grandes cidades, com todos os problemas sociais decorrentes, e estarem desempregadas ou subempregadas. Ela é assim descrita por Dejours (1992), que embora se referindo à realidade francesa pode ser generalizada para o Brasil:

A título de exemplo significativo, podemos citar a incidência importante de doenças infecciosas, particularmente nas crianças, e da tuberculose, que continua a ser ainda um flagelo na população adulta. Pode-se notar também a importância das seqüelas de acidentes e doenças: elas são testemunhas de tratamentos mal conduzidos ou incompletos e, no conjunto, de uma menor eficácia das técnicas médico-cirúrgicas sobre uma população que não pode aproveitar delas como o resto da população, por razões de ordem não só sócio-econômica e cultural, mas por razões de



ordem material (impossibilidade de acesso às convalescenças, aos cuidados pós-operatórios e à reeducação fisioterápica, à assistência médica subsequente a uma doença grave ou um acidente). O alcoolismo é freqüente. Como veremos, muitas doenças continuam desconhecidas e escondidas e a maior parte da morbidade continua mal conhecida. (...) a promiscuidade favorece a transmissão de doenças infecciosas. A pobreza dos meios sanitários (canalizações, esgotos, poços d'água, banheiros, depósitos de lixo caseiro) formam também condições favoráveis à doença e às contaminações coletivas. A comida é pobre, a carne é rara, e a alimentação consome, aliás, a maior parte do orçamento familiar.

A estrutura familiar caracteriza-se pelo grande número de filhos: a maioria das famílias tem de 8 a 10 filhos. Por outro lado, os casais são freqüentemente separados e a estrutura familiar é, às vezes quebrada. Os jovens, pouco escolarizados, formam muitas vezes os futuros contingentes de marginais e, um dia alguns conhecem a prisão. (DEJOURS, 1992, p. 28).

Importante considerar que, pela precariedade de suas condições materiais, essas pessoas utilizam-se de estratégias defensivas no enfrentamento da doença, negando-a, pois ficar doente inviabiliza o ganhar o pão de cada dia. A relação com os médicos é difícil, pois, além de terem dificuldade para entenderem seu linguajar técnico, existe ainda com relação a eles a questão financeira, haja vista a impossibilidade de se comprar o medicamento decorrente da consulta, já que o dinheiro nem sempre é disponível. Essa informação é relevante, pois o vínculo dessa clientela com a equipe da saúde de nível médio, mormente da enfermagem, costuma ser muito mais próxima do que com a equipe médica. É a equipe de enfermagem que traduz para essas pessoas as orientações dos médicos, que recebe os abraços de gratidão; por outro lado, é ela que acolhe/recebe o impacto da dor, da revolta, da ignorância (não-saber). Não é difícil imaginar o desafio posto por essa situação, sobretudo em se considerando alguns dos aspectos da ideologia defensiva específica dessa categoria profissional. Contudo, apesar das dificuldades inerentes ao trabalho em saúde neste contexto social, esse tipo de trabalho pode também produzir satisfação e prazer por meio dos chamados mecanismos de defesa de natureza sublimatória e que são mais facilmente acionados quando esses trabalhadores percebem que sua atividade é socialmente valorizada. (PITTA, 2003).

Isso apareceu na resposta à questão 26 do questionário, quando os participantes da pesquisa apontaram, na melhora dos pacientes, o recebimento de elogio como forma de reconhecimento. O recebimento de elogio, contudo também se refere ao *feedback* do trabalho realizado, o que vem ao encontro do que Dejours (2007) fala a respeito da avaliação no seu aspecto positivo.

No que concerne à análise dos dados relativos à organização do trabalho<sup>56</sup>, vamos focar nas queixas comuns aos sujeitos capataz e subordinado, mormente no que concerne à sobrecarga e participação na gestão (reuniões) e formação (cursos).

Com relação à sobrecarga, ela está associada a ritmo de trabalho, pausas, introdução de novas tecnologias e déficit de pessoal, por exemplo. Vemos a questão da sobrecarga se manifestar claramente na fala das lideranças formais com relação *ao aumento da demanda de trabalho, reclamações/cobrança de todos os lados, déficit de pessoal*<sup>57</sup> e também na fala de um grupo misto, composto de chefias e sujeitos subordinados: *“o trabalho começou com “x” pessoas, a equipe não mudou e o trabalho aumentou”*<sup>58</sup>. A sobrecarga aparece indiretamente com relação aos sujeitos subordinados na impontualidade, no grande número de atestados, no não comparecimento às reuniões agendadas, que segundo a fala dos sujeitos subordinados, principalmente da enfermagem, deve-se *“à falta de pessoal, [por isso] não há condições de participar das reuniões”*<sup>59</sup>.

A sobrecarga, entretanto, também é atribuída, além do déficit de pessoal, à falta de comprometimento de alguns trabalhadores que se ausentam do local de trabalho; faltam, sem avisar com antecedência, comprometendo a escala de trabalho; atrasam-se, geram *stress* entre os turnos e não fazem o que lhes cabe<sup>60</sup>.

Outro fator de sobrecarga refere-se aos trabalhadores com restrição e/ou tecnicamente despreparados que não correspondem às necessidades do serviço<sup>61</sup>.

É bom lembrar que a sobrecarga de trabalho foi apontada na resposta ao questionário (questão 27) por 30,1% dos participantes e foi associada com a falta de recursos humanos<sup>62</sup> em diferentes setores do hospital, entretanto, sentida mais fortemente pela equipe de enfermagem, a quem, como resultado do parcelamento do trabalho, cabe o trabalho mais exaustivo tanto do ponto de vista físico como emocional. Situação é ainda mais agravada pelo gerenciamento no modelo da

<sup>56</sup> Diz respeito à estabilidade no emprego; pausas, ritmo de trabalho; horas extras; relação quantidade de trabalho-número de trabalhadores; participação na gestão; hierarquia / distanciamento entre quem planeja e quem executa; mecanismos institucionais que viabilizem a participação em seu coletivo; padronização e socialização das rotinas; relacionamentos interpessoais e comunicação entre chefia, colegas, subordinados e clientes; formação inicial e em serviço do trabalhador; capacitação, entre outros.

<sup>57</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com lideranças formais, realizada em 09/11/2009.

<sup>58</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo misto, realizada em 10/06/2009.

<sup>59</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4).

<sup>60</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com lideranças formais, realizada em 03/09/2009.

<sup>61</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo, realizada em 03/11/2010.

<sup>62</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5), indivíduos 17, 28, 81, 83, 85, 96, 97, 100, 104, 105, 114, 130, sendo três da área meio e nove da área fim.

empresa enxuta, que aumenta a demanda de trabalho, mantendo, porém, o mesmo número de trabalhadores.

A sobrecarga se manifesta também no ritmo de trabalho. Ao serem perguntados sobre quem ou o que impõe o ritmo do trabalho (questão 15), para 1,5% dos participantes, o ritmo é imposto pelos equipamentos; 1,5%, pelos colegas; 9 %, pela chefia; 58,6%, por eles mesmos; 15%, atribuiu o ritmo à demanda, à rotina do serviço, aos clientes e ao estado clínico dos pacientes<sup>63</sup>. O ritmo decorre de: *“número de funcionários na escala; de número de pacientes no turno; do que é preciso fazer para cumprir as obrigações diárias”*; *“o próprio serviço que aumenta a cada dia.”*; *“A demanda crescente e os prazos reduzidos.”*; *“[a chefia] sobrecarrega de atividades concorrentes entre si com níveis altos de prioridade. (...) responsabilidade profissional em não prejudicar o andamento dos serviços ou promover a paralisação em processos de trabalho”*<sup>64</sup>. Nas múltiplas respostas (14,3%) aparecem com maior frequência a chefia e o aumento da demanda de serviço<sup>65</sup>.

O alto índice de respostas (58,6%) relativas ao controle pelos próprios trabalhadores do ritmo de trabalho permite inferir que o tipo mais atuante de controle na instituição é o controle em rede. Nesse cenário, apesar do controle vertical também vigorar, configurado na folha ponto, por exemplo, são os próprios trabalhadores que controlam seus horários de trabalho e o de seus colegas. Interessante que a impontualidade na chegada, na saída e nos intervalos é uma das condutas tidas como “cultura do hospital”. Ela apresenta uma relação custo-benefício aos trabalhadores, não admitida abertamente, porém, percebida nas entrelinhas. Se por um lado ela responde por uma parte do estresse e aumenta a sobrecarga de trabalho de quem permanece na atividade, gerando, com razão, sentimento de injustiça nos que ficam trabalhando, por outro abre precedente para que muitos dos que reclamam também sejam impontuais. Nesse sentido, o controle em rede é funcional para os trabalhadores, mas, sobretudo, para a instituição, com o agravante de fragilizar os vínculos sociais, fazendo aflorar conflitos que aparecem como conflitos de relacionamento interpessoal, quando em última instância eles falam da OT no interior da gestão flexível.

<sup>63</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5).

<sup>64</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 19, 76, 86 e 93.

<sup>65</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5).

Vale levar em conta que os pesquisados que exercem cargo de liderança<sup>66</sup> explicitaram como fatores típicos de estresse os ligados aos mecanismos de controle organizacionais: atrasos, falta de interesse, de comprometimento com o trabalho e de colaboração. No nosso entender, essas queixas resultam de múltiplos fatores, dentre eles: da dificuldade de impor o controle vertical onde prevalece o controle horizontal; da contradição vivida pelas lideranças formais com formação na área da saúde de acumularem funções que pertencem às áreas meio e fim; da diferença de pretensões, interesses e metas entre os trabalhadores das áreas meio e fim; da percepção de que os trabalhadores defendem mais seus direitos que seus deveres. Esses fatores vistos à luz das relações sociais do trabalho e da gestão flexível revelam respectivamente: a contradição entre os mecanismos de controle e dificuldade de estabelecer regras claras; a contradição entre diferentes tipos de racionalidade, que torna difícil acordar/cumprir decisões, devido não só ao caráter, em muitos aspectos, artesanal da área da saúde, como à distância entre o trabalho real e o prescrito; o sentimento latente de exploração da força de trabalho por parte do trabalhador na sua dimensão individual.

Essa leitura da realidade é praticamente impossível de ser feita quando se olha apenas a ponta do *iceberg*. Esse “texto”, cujo conteúdo só se entende parcialmente, é interpretado de maneira igualmente parcial. É assim que, do ponto de vista do sujeito subordinado, a chefia, e não a organização do trabalho, é responsabilizada pelo aumento da demanda e sobrecarga do trabalho<sup>67</sup>.

Outro dado interessante é a percepção de que as chefias “*mudam de lado quando assumem cargos de liderança*”<sup>68</sup>. Fica claro que, na percepção dos sujeitos subordinados, os colegas que assumem cargos de liderança passam a representar os interesses dos patrões, o que explicita a diferença existente entre interesses dos trabalhadores e da organização. As lideranças, entretanto, consideram que isso se deve à confusão entre o pessoal e o profissional: “*Tem que separar um pouco essa coisa de amizade. (...) a pessoa diz: nossa, você não era de cobrar! Hoje estou em outra posição. De repente a pessoa não olha mais para mim porque chamei a atenção dela (...) misturam o pessoal com o profissional*”; “*É difícil atender às expectativas que as pessoas têm da chefia. São poucos os que conseguem ver de*

<sup>66</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 92, 31, 51, 85, 90, 92, 87.

<sup>67</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5), questão 15, indivíduo 93.

<sup>68</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com equipes subordinadas.

*outra maneira... quando a chefia conhece estas pessoas”; “Tento ser o mais legal possível, tento não ser carrasca (...) acho que eles não pensam isso de mim. Quando estou em dúvida peço ajuda para eles”; “Tem gente que pensa que você tem que resolver o problema deles [de fora da instituição]; “[Tem] que fazer a vontade deles”; “A gente não sabe o que fazer!”. “Me chamaram de louca por aceitar o cargo... acho que as pessoas não se colocam bem”<sup>69</sup>. Tais falas desvelam a existência de relações hostis e que ter cargos de chefia no hospital pesquisado não é tarefa fácil, o que faz com que exista resistência para assumi-los<sup>70</sup>.*

Contudo, contraditoriamente, há uma demanda por parte dos subordinados pela presença/proximidade da chefia. A chefia, além de referência, é quem pode apreciar o trabalho, apoiar o trabalhador, compartilhar responsabilidades.

Para as chefias, outra fonte de estresse é a quantidade de problemas sem resolução sobre os quais elas não têm governabilidade, o que pode explicar, em parte, o sentimento de impotência e de desmotivação expresso tanto por elas como pelos sujeitos subordinados.

Uma fala recorrente que expressa o vínculo existente e/ou esperado dos trabalhadores com relação ao hospital é que ele “é uma mãe”<sup>71</sup>. Ela é dita com relação ao fato de, supostamente, os trabalhadores não valorizarem os horários menos rígidos do hospital; a margem maior de negociação com as chefias (sobre alteração de escalas, de horário da jornada, liberações para resolver emergências pessoais); o salário ser maior que nos hospitais privados; o status de trabalhar na instituição ante o alto conceito de que goza na comunidade, entre outros; e, ainda assim, “abusarem”, chegando atrasados, apresentando muitos atestados etc. A fala revela a concepção da organização enquanto uma grande família, com uma “mãe permissiva” por um lado, mas que em troca, privilegia alguns dos seus “filhos” e espera que eles a retribuam, atendendo aos seus objetivos. Contudo, nem a organização é mãe, nem os trabalhadores são filhos.

No trabalho alienado a força do trabalho vivo é comprada; assim, o dever do trabalhador é trabalhar e o da organização é gerir o trabalho de modo a obter o melhor resultado. Na lógica capitalista, isso resulta na precarização do trabalho, o

<sup>69</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com lideranças formais, realizada em 17/06/2009.

<sup>70</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com lideranças formais, realizada em 03/11/2009, 13/08/2/10 e 13/12/2011.

<sup>71</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com lideranças formais, realizada em 17/06/2009 e 13/12/2011.

que pode ser confirmado na quantificação dos dados do questionário<sup>72</sup>. Eles mostram que a sobrecarga deriva das horas extras que os trabalhadores realizam no próprio hospital, pois a maioria dos pesquisados não têm um segundo emprego. Elas são feitas não só pela falta de recursos humanos, como pela necessidade de inserção no consumo, pois ainda que o salário seja melhor que em outros hospitais, ele é insuficiente para a satisfação das necessidades básicas. Contudo, *“se contarmos que lazer, educação e saúde são os mais caros, o salário não dá. Procuramos sempre nos adaptar com o que ganhamos”*; *“considerando o salário do meu esposo, sozinho seria menos que o necessário”*; *“cinema, só em casa!”*<sup>73</sup>. Portanto, a venda da força de trabalho para além da jornada é um fato comum para a equipe da saúde e responde pela impossibilidade de reposição da energia gasta. Dois aspectos relevantes, que não podem ser desconsiderados na saúde são: o fato da força de trabalho ser basicamente feminina e que esse grupo, via de regra, continua a jornada em casa com afazeres domésticos, que na nossa sociedade machista, continua sendo de responsabilidade da mulher. O outro se refere à quantidade de sono diário informado pelos pesquisados e a quantidade de sono diário necessário para se sentirem bem<sup>74</sup>. Os dados indicam que a quantidade de sono é em geral insuficiente, sendo isso explicitado de forma dramática na seguinte fala: *“Ando bastante cansada, então durmo a cada minutinho livre, mas sem recuperar o cansaço”*<sup>75</sup>.

Outro aspecto relacionado com a sobrecarga de trabalho diz respeito à introdução de novas tecnologias (questão 16). Na avaliação dos participantes da pesquisa, elas têm, por um lado, facilitado o trabalho em geral (56,4%), por outro, têm intensificado o ritmo do trabalho (15,8%) e sido fator de estresse inicial (9%)<sup>76</sup> mas *“... depois facilita”*. As *“tecnologias como o sistema e-saúde da Secretaria Municipal de Saúde duplicou o serviço. O mesmo sistema ainda com múltiplas falhas, impede algumas tarefas e atrasa muito outras”*; *“As novas tecnologias as Portarias e RDCs”*<sup>77</sup> *exigem novas tecnologias, certificações, creditações, maior*

<sup>72</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5), questões 8 e 9.

<sup>73</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 8, 87 e 104, respectivamente.

<sup>74</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5), questões 6 e 7.

<sup>75</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduo 107.

<sup>76</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5)

<sup>77</sup> Nova modalidade de licitação que o governo federal instituiu a fim de ampliar a eficiência nas contratações públicas e competitividade, promover a troca de experiências e tecnologia e incentiva a inovação tecnológica.

*qualidade no trabalho. Isso tudo aumenta nosso ritmo de trabalho*<sup>78</sup>. As respostas relativas às novas tecnologias indicam que os trabalhadores têm percepção bastante clara da relação tecnologia-aumento do ritmo e sobrecarga do trabalho, embora reconheçam que, depois que aprendem a dominá-las, elas facilitam o trabalho.

Outra situação geradora de conflito no hospital é a existência de vínculos empregatícios com normas e benefícios diferentes<sup>79</sup>. Percebidas como injustas elas não raro provocam “tensões, latentes ou manifestas, produzindo, não raro, uma hierarquia entre os ‘estáveis’ e os ‘contratados’”. (FARIAS E VAITSMAN, 2002, p. 1232) (grifo dos autores).

Mais um aspecto selecionado para análise, relativo à OT, refere-se à participação na gestão. Uma das queixas comum às lideranças e seus subordinados está relacionada à não participação em reuniões por parte destes.

Interessante notar que, com relação ao não comparecimento dos sujeitos subordinados às reuniões agendadas, se as lideranças formais por um lado reclamam da pouca participação, por outro reconhecem a dificuldade que têm de realizar reuniões com suas equipes, as quais acabam sendo apenas de caráter administrativo. Contudo, para os sujeitos subordinados faltam reuniões para discutir outros problemas que não os administrativos, tais como procedimentos e fluxos de trabalho e também falta de reconhecimento do trabalho, do saber da equipe, mormente da de enfermagem de nível técnico.

Sobre a forma de reconhecimento (questão 26), para 25,6% dos sujeitos pesquisados o reconhecimento refere-se a ser atendido nas suas solicitações. Para 29,3% deles, o reconhecimento ocorre quando são solicitados a dar opinião sobre os processos de trabalho, outra forma de mostrar como tais trabalhadores percebem a valorização social de seu trabalho. Isso também ocorre com técnicos de outras áreas. Diz um deles *“[as chefias] não perguntam ao técnico se [o que elas querem mudar] vai dar certo ou não; o técnico está na linha de frente [e não é consultado]”*<sup>80</sup>; *“As iniciativas da equipe para solucionar dificuldades do dia-a-dia são mal recebidas e suas sugestões desconsideradas”*<sup>81</sup>. Para 25,6% o reconhecimento ocorre quando são atendidos nas suas solicitações<sup>82</sup>.

<sup>78</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 6, 86, 87, respectivamente.

<sup>79</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), questão 27, indivíduo 116.

<sup>80</sup> Fonte: Registros de dinâmicas de grupos com equipe subordinada, realizada em 13/05/2009.

<sup>81</sup> Fonte: Registros de dinâmicas de grupos com equipe subordinada, realizada em 25/11/2010.

<sup>82</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 5).

A maioria das respostas múltiplas revela que o sentimento de reconhecimento provém do conjunto das opções “b” (receber elogio), “c” (ser solicitado para opinar) e “d” (ser atendido nas solicitações). A associação reconhecimento, elogio e ser solicitado a opinar, indica que esses trabalhadores percebem seu trabalho não apenas como manual e que desejam participar não apenas da execução, mas também do planejamento das atividades.

Esse desejo tem provavelmente relação com o atual perfil dos trabalhadores no que diz respeito à sua formação. Os dados levantados no cabeçalho do questionário, no quesito escolaridade, revelam que o nível de escolaridade dos pesquisados é alto, sendo que a maioria possui curso superior. Sobre a escolaridade, obtivemos os seguintes números: dezesseis dos trabalhadores pesquisados (12%) têm nível médio, quatro (3%) têm curso superior incompleto, noventa e seis (72.2%) têm nível superior completo e cinco, pós-graduação. Dos doze participantes que não informaram a escolaridade, observou-se, por meio da correlação dos dados relativos à escolaridade e função, que seis são auxiliares de enfermagem ou de laboratório, o que supostamente indica que possuem nível fundamental. Isso permite supor que a ausência de informação revele sentimento negativo com relação à baixa escolaridade e, conseqüentemente, sobre a valoração positiva do estudo para esse segmento de trabalhadores.

Vale mencionar que o grande número de trabalhadores com nível superior resulta de um fenômeno recente no Brasil. Até a década de 80 o mercado de trabalho no setor saúde era bastante polarizado: com profissionais altamente qualificados por um lado, representado pelos médicos, e os parcamente qualificados (auxiliares):

O comportamento dos empregos em saúde no período analisado experimentou transformações fundamentais para a equipe de saúde, invertendo a lógica do atendimento bipolarizado entre o médico e o atendente de enfermagem, típico dos anos pre-SUS. Essa polarização do mercado de trabalho entre médicos e atendentes refletia a constituição do contingente de trabalhadores existente na época. Por exemplo, em 1980, havia basicamente dois tipos de trabalhadores: o altamente qualificado (197.352 profissionais com nível superior) e o com pouca ou nenhuma qualificação (264.776 com nível elementar de escolaridade, pelo que tinham hegemonia na composição). Estes números só se alteraram definitivamente a partir da década de 1990; na atualidade, o contingente de dois milhões e quinhentos mil trabalhadores é composto majoritariamente por profissionais qualificados: 751.730 de nível técnico e auxiliar e 870.361 profissionais de nível universitário. (MACHADO, 2008, p. 313).



Para Kuenzer (1991), os técnicos de nível médio e os profissionais de nível superior são dentre a massa trabalhadora os que têm acesso ao “saber teórico” facultado pela escola. Esse saber, contudo, fragmentado e nem sempre de qualidade, não alia a teoria à prática, sendo portanto desarticulado com o trabalho concreto e com a prática social em que ele se insere. Ainda segundo a autora, “o processo de simplificação do trabalho pelo avanço tecnológico tende a reduzir cada vez mais a necessidade de profissionais com altos índices de escolaridade”. (Idem, p. 28).

Na área da saúde, de acordo com Machado (2008, p. 313), ocorre o contrário. Fato que contribui para elucidar a razão pela qual a separação entre trabalho manual e intelectual e a relação hierárquica são tão nevrálgicos na área da saúde.

Três questões (19, 20 e 21) do questionário foram elaboradas para verificar a participação em reuniões, haja vista a proposta de modelo de gestão colegiada que objetiva aumentar a participação dos trabalhadores.

Dos 55,6% pesquisados que participam de reuniões mensais, quinzenais ou semanais, 60,1% têm cargo de chefia, supervisão ou gerência, e 18,7% são sujeitos subordinados. Esses números revelam que as lideranças formais participam de muito mais reuniões do que os sujeitos subordinados. Sobre a participação das lideranças e dos sujeitos subordinados nas reuniões de colegiado<sup>83</sup>, ela é considerada pequena: *“ninguém queria participar”, “as reuniões são feitas no período da manhã, quem está de tarde não consegue ir”*<sup>84</sup>. Esta última fala, entretanto, não é compartilhada por todos, conforme revela a seguinte fala: *“Eu sou do colegiado, não estava me pronunciando porque achava que iam me linchar [por discordar da razão da não participação nas reuniões de colegiado]. Acho que existe um pouco de verdade nisso [no horário das reuniões], mas tem pessoas que pedem para não participar”*<sup>85</sup>.

A maior incidência de depoimentos/queixas sobre a ausência de reuniões, em geral, são da equipe de enfermagem, contudo não exclusivamente, o que indica

<sup>83</sup> Essas reuniões são conduzidas pelas gerências das unidades.

<sup>84</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com lideranças formais, realizada em 27/05/2009.

<sup>85</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo com lideranças formais, realizada em 27/05/2009.

que a queixa se estende a outros setores do hospital, sendo sentidas como falta pelo sujeito subordinado e como excesso pelas lideranças formais<sup>86</sup>.

Essas informações apresentam nas entrelinhas algumas contradições: ao mesmo tempo em que a gestão participativa demanda a participação do trabalhador, a precarização do trabalho impede a participação deles: *“devido à falta de pessoal não há condições de participar das reuniões”*; ao mesmo tempo em que as reuniões são espaços favoráveis para discutir fluxos de trabalho, buscar soluções e consenso, a estrutura dual do trabalho manual e intelectual não favorece o efetivo espaço de fala e de escuta; ao mesmo tempo em que os trabalhadores querem participar do planejamento, eles não participam das reuniões.

A percepção dos subordinados<sup>87</sup> sobre a comunicação entre eles e as lideranças ser problemática pode lançar luz sobre a baixa participação nas reuniões. Dizem eles: *“Os problemas sempre existiram e nunca são resolvidos por falta de diálogo”*; *“As informações (decisões) são repassadas muitas vezes com a proposta definida”*; *“Tomada de decisões [devido à] falta de RH”*; *“As novas ideias são reprimidas”*<sup>88</sup>.

Vale mencionar que a quantidade de reuniões importa menos que a sua condução e o seu objetivo. Para os sujeitos pesquisados, em geral, as reuniões ocorrem para repasse de novas rotinas e fluxos de trabalho ou para marcação de férias<sup>89</sup>.

Sobre os objetivos das reuniões, 36,8% dos pesquisados informaram que, em geral, elas visam discutir os problemas e favorecer a participação da equipe na tomada de decisão. Chama atenção que a maior parte dos profissionais desse grupo seja de nível superior, de todas as áreas, embora alguns assistentes administrativos também compuseram esse grupo, além de número reduzido de auxiliares e técnicos de enfermagem.

Com base nos dados apresentados, podemos concluir que a baixa participação dos sujeitos subordinados na gestão, por intermédio de reuniões deve-se à inúmeras razões, dentre elas: à dificuldade de comunicação/diálogo entre as lideranças e seus subordinados; à dificuldade de participar de reuniões pela falta de

<sup>86</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 22,28,48, 67, 121, 122, 124, 15 que informaram que nunca ou raramente há reuniões.

<sup>87</sup> Fonte: questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 22, 48 e 96 das áreas meio e fim.

<sup>88</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 22, 96 e 8.

<sup>89</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 8, 23 e 49; 24 e 25.

pessoal e pelo aumento da demanda de trabalho; ao medo de críticas e represálias, implícito nas entrelinhas; à sensação de não ser ouvido; ao teor administrativo da maioria das reuniões (repassa de informações); à percepção pelos subordinados de que não participam de fato das decisões.

Nesse contexto, os dados positivos sobre a viabilização para participação nas reuniões pela instituição (questão 21) são questionáveis.

Por fim, vamos analisar as respostas referentes aos cursos, palestras, formação em serviço (questões 28 a 30) que o hospital tem proporcionado aos trabalhadores. 73,6% dos pesquisados afirmaram que esses eventos acontecem. No entanto, a percepção é de que poucas ou nenhuma dessas atividades ocorrem na área de atuação específica; que *“A maioria dos cursos solicitados não são autorizados”*<sup>90</sup>, indicando que tais eventos não correspondem à demanda dos solicitantes. Uma ex-supervisora da área administrativa informou que os cursos ocorrem *“Muito raramente, [mas] só enquanto supervisora”*<sup>91</sup>, o que sugere que esteja havendo ênfase nos cursos relativos ao desenvolvimento das lideranças formais, talvez em resposta à dificuldade expressa por elas com relação ao exercício do poder diretivo<sup>92</sup>, em detrimento do aprimoramento nas áreas específicas dos trabalhadores, sobretudo dos ditos tecnicamente despreparados, por exemplo.

Farias e Vaistsman (2002) consideram que nas organizações hospitalares, de modo geral, os investimentos em aprimoramento profissional vão prioritariamente para as atividades de profissionais detentores de saber especializado (em geral, os médicos e os pesquisadores, ou seja, da área fim) e que ocupam o topo da pirâmide da organização, em detrimento dos técnicos e auxiliares e dos profissionais da área meio. Isso tende a gerar tensões entre eles, já que seu papel é também essencial na organização e cuja atividade pode fazer avançar ou emperrar o funcionamento da instituição. Além disso,

a “precarização” ou “flexibilização” dos vínculos de trabalho colocam, ainda, problemas derivados do cálculo custo/benefício envolvido no investimento em capacitação dos profissionais cuja permanência na organização é incerta ou manifestamente transitória. (FARIAS E VAISTSMAN, 2002, p.1232-1233) (grifo dos autores).

<sup>90</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 14 e 77 da área meio e 23, 29, 34, 47, 50, 86, 90, 109 e 120 da área fim.

<sup>91</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduo 117.

<sup>92</sup> Fonte: Registro de dinâmica de grupo (APÊNDICE 3), com lideranças formais, realizada em 17/06/2009.

Ainda assim, as palestras, seminários e afins (questão 30) foram avaliadas como muito boas<sup>93</sup> e que têm contribuído para aprimoramento profissional e melhoria da eficácia do trabalho para 37,6% dos participantes. Todavia, com as ressalvas feitas respectivamente por um subordinado e um supervisor: *“Quando se é possível desenvolver o que aprendeu tanto o funcionário ganha como a instituição. É uma pena que, muitas vezes, somos reprimidos e não podemos desenvolver as atividades com sucesso”*; *“Na minha opinião podem contribuir para o meu aprimoramento e deveria melhorar a eficácia do serviço porém nem sempre isto ocorre”*<sup>94</sup>. A dificuldade de trocas de experiência e de diálogo por meio de reuniões pode ter relação com essa percepção e mereceria investigação adicional.

A reflexão desenvolvida até aqui nos permitiu responder outra indagação da nossa investigação. As condições e organização do trabalho revelam as determinações materiais das relações de trabalho, manifestados no(a): fragmentação progressiva do saber, por meio das várias atividades profissionais no interior da saúde; exclusão da maioria dos trabalhadores do âmbito do planejamento devido à estrutura dual entre trabalho manual e trabalho intelectual, mais valorizado socialmente; precarização do trabalho com o aumento: da demanda e da sobrecarga associada ao déficit de pessoal, do risco de desemprego e da insegurança do trabalhador; incentivo à participação dos trabalhadores na gestão, ainda que a decisão continue pertencendo aos dirigentes; emprego da racionalidade técnica com redução de custos em benefício do capital; controle em rede; formação em serviço com ênfase nas lideranças; investimento na formação dos trabalhadores segundo critérios da instituição, entre outros.

Para finalizar, passamos para a última questão da nossa investigação: Em que medida a gestão de pessoas nos conflitos pode contribuir para a perspectiva formativa e emancipadora dos trabalhadores da saúde?

A educação numa perspectiva formativa e emancipadora pressupõe a dimensão ontológica do trabalho, a qual torna possível o desenvolvimento das potencialidades humanas e a expansão das suas capacidades físicas e mentais.

<sup>93</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduo 122.

<sup>94</sup> Fonte: Questionário (APÊNDICE 4), indivíduos 8 e 19.

Nesse sentido, ela não pode dissociar-se da educação para o mundo do trabalho e da educação profissional que

enquanto processo de formação humana refere-se ao desenvolvimento da pessoa humana enquanto integralidade, não podendo ficar restrita à dimensão lógico-formal ou às funções ocupacionais do trabalho; ela se dá no entrecruzamento das competências cognitivas, comportamentais e psicomotoras que se desenvolvem através das dimensões pedagógicas das relações sociais e produtivas com a finalidade de produzir as condições necessárias à existência. (KUENZER, 2005, sem número de página).

Nessa perspectiva, a educação formativa e emancipadora contrapõe-se à educação voltada para a produção de mercadoria, para o mercado, para a empregabilidade, a qual satisfaz a necessidade do capital e corresponde a uma concepção estreita da profissionalização, na medida em que incorpora a dicotomia entre saber teórico e prático. Para superar isso, é essencial que o trabalhador recupere a “qualificação, compreendida como domínio do conteúdo do trabalho”. (KUENZER, 2002, p. 193). Para tanto, a escola, apesar do seu caráter excludente na distribuição desigual do saber científico e tecnológico, ainda é o local privilegiado para promover o acesso da classe trabalhadora a esse saber. (KUENZER, 1991).

Com base no exposto até aqui, consideramos que, embora não tenha como função precípua a educação do trabalhador, mas a melhoria do ambiente de trabalho, o SGP pode contribuir com a educação do trabalhador, na medida em que, ao oferecer espaço de fala e de escuta, ou seja, a troca de experiências e de idéias, por meio de reuniões e/ou dinâmicas de grupo, favorece a construção de conceitos mais elaborados, menos parciais, tornando possível uma análise mais ampla da realidade e instrumentalizando o trabalhador a atuar sobre o real de forma transformadora. Isso facilita a melhoria do ambiente de trabalho, objetivo central do SGP.

Tal contribuição é particularmente possível quando se trata, por exemplo, de refletir: sobre comportamentos decorrentes da ideologia defensiva que, embora acionada com vistas a possibilitar a continuidade da tarefa, traz prejuízos evidentes ao trabalhador, inclusive ao se colocarem em situações de risco desnecessários, tanto para eles como para os pacientes; sobre algumas resistências, tais como de participação em reuniões que, apesar das contradições apontadas, é a oportunidade para buscar mudanças e/ou de soluções possíveis, como maior participação no planejamento. Trata-se, portanto, de um papel educativo.

Importante levar em conta que o SGP situa-se no interior da contradição que consiste em lidar com interesses muitas vezes antagônicos entre os da instituição e os dos trabalhadores. Assim, a resposta à última pergunta da pesquisa não é simples e suscita um novo questionamento: pode o SGP efetivamente contribuir para educação numa perspectiva formativa e emancipadora dos trabalhadores do hospital?

### **Resumo do tópico**

Neste tópico apresentamos a categoria conflito no ambiente de trabalho, sua íntima relação com o poder e as duas principais concepções sobre ele: a tributária do pensamento weberiano e a do pensamento marxista. Apresentamos os dois grupos de visões correntes na atualidade: o primeiro, visão unitária, pluralista e radical, e o segundo, a que os vê como abertos, encobertos e latentes. Também apresentamos os dois tipos de controle: o vertical e o em rede. Na sequência, o hospital e o serviço encarregado de acolher os conflitos foram caracterizados. Por fim, foram descritos os procedimentos da pesquisa e apresentada a análise dos conflitos à luz do gerenciamento dos processos de trabalho no capitalismo contemporâneo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse mestrado foi motivada, como mencionamos na Introdução, pela necessidade de encontrarmos respostas para questões que nos intrigavam ante os comportamentos díspares observados entre os trabalhadores que protagonizam os conflitos no hospital pesquisado.

Tais questões referiam-se às reações diversas dos trabalhadores a situações semelhantes; ao adoecimento provocado pela atividade laboral em alguns; à perda de entusiasmo pelo trabalho versus a permanência da motivação em outros; ao fator desencadeante mais frequente dos conflitos laborais; a razão do (não)gostar do que se faz; a representação do trabalho para cada um e, por fim, a relação entre a educação formal e a formação específica dos profissionais da saúde com essas ocorrências.

Intuíamos, na ocasião, a existência de algo que não estávamos conseguindo captar. Contudo, nossa postura diante da vida e a formação em Teoria de Grupos Operativos (GO) nos impediam de procurar culpados. Assim, ante a eclosão de conflitos, tentávamos encontrar explicações possíveis que poderiam estar por trás dos conflitos. Questões familiares, culturais, sociais, de saúde, econômicas, entre outras, faziam parte das nossas cogitações, mas ainda eram insuficientes, pois mesmo tais questões continuavam focando o indivíduo.

A conclusão foi a de que precisávamos de um referencial teórico metodológico capaz de abarcar a realidade de forma mais completa, integrando-a em um todo orgânico. O Materialismo Histórico veio ao encontro desse objetivo.

O referencial teórico-metodológico por ele proposto, do qual temos pouco a pouco nos apropriado, tem nos favorecido o entendimento de que cada avanço realizado no processo de conhecimento implica o movimento de sair do concreto caótico para o concreto pensado e que esse movimento vai permitindo a compreensão cada vez mais elaborada da realidade, embora sempre provisória já que esse processo se repete ao infinito. Portanto, ao finalizarmos a escrita dessa dissertação temos ciência de que apenas nos aproximamos um pouco mais do entendimento de uma realidade complexa e resultante de múltiplas determinações.

Por outro lado, porém, conseguimos avançar na direção de uma análise mais satisfatória dos conflitos que afligem os trabalhadores. Entendemos que desconsiderar a relação entre os conflitos laborais dos trabalhadores em geral e dos

trabalhadores da saúde em particular, e as determinações materiais que atuam sobre eles, implica uma leitura parcial da realidade. Dito de outra forma: a apropriação privada da força do trabalho e dos demais meios de produção; o assalariamento como forma preponderante de trabalho; a separação entre o trabalho manual e o intelectual decorrente da divisão técnica do trabalho; a fragmentação progressiva do saber; a desqualificação do trabalhador; a divisão do trabalho entre quem executa e quem planeja; a introdução de novas tecnologias, tornando possível em grande parte a substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto e implicando a desqualificação crescente do trabalhador; o desemprego estrutural; a precarização do trabalho, entre outros, forneceram elementos essenciais para a realização de uma análise mais ampla a respeito dos conflitos laborais.

Nesse cenário é que as novas formas de gestão do trabalho, inspiradas na Organização Científica do Trabalho (OCT), em sintonia com o modo capitalista de produção, adquirem maior significado para o entendimento dos referidos conflitos.

A gestão flexível acompanha a reestruturação produtiva ocorrida globalmente a partir dos anos 1970, quando as organizações começaram a utilizar algumas estratégias, tais como a racionalidade técnica, a qualidade (total) em busca do aumento da produtividade e a descentralização administrativa, como forma de diminuir a distância entre os âmbitos da execução e do planejamento, promovendo uma maior participação dos trabalhadores.

Tais estratégias, contudo, visaram prioritariamente a produtividade e o lucro em detrimento do trabalhador, revelando as muitas contradições do sistema. Tomando, como exemplo, a adoção das novas tecnologias, podemos identificar uma das suas contradições: se ela, por um lado, facilita o trabalho, por outro, o intensifica. Nesse sentido, a motivação para o desenvolvimento tecnológico e o uso que dele se faz encontra-se deturpado, porque visa, sobretudo, o capital, deixando em secundíssimo plano o trabalhador. A consequência é a precarização do trabalho e suas sequelas, dentre elas, o prejuízo à saúde física e mental dos trabalhadores, a insegurança gerada pela instabilidade no emprego, o aumento de competitividade entre os trabalhadores, entre outros.

Importante considerar que é inerente à OCT a desqualificação do trabalhador e, conseqüentemente, a fragilização da sua posição no mercado de trabalho. Mercado que, tornado cada vez mais competitivo, por sua vez provoca a fragilização das relações humanas. Outro aspecto a ser levado em conta é que a



formação fragmentada dos trabalhadores resulta da divisão técnica do trabalho para a qual a educação formal apenas visa sua inserção no mercado de trabalho, sendo a base científica supostamente desnecessária para a grande maioria deles, uma vez que os trabalhadores continuarão atuando no âmbito da execução. O preocupante é que essa deficiência tem avançado e atingido não apenas os níveis fundamentais e médio de ensino, mas o ensino de nível superior, haja vista a reprovação de mais da metade dos médicos recém-formados no exame do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), realizado em fins de 2013.

Outro aspecto que destacamos é a baixa participação dos trabalhadores, mormente dos sujeitos subordinados, nas reuniões, malgrado a busca de maior participação dos trabalhadores na gestão, por meio da descentralização administrativa. No nosso entendimento, isso é motivado por vários fatores, dentre eles: o fato do processo decisório permanecer nas instâncias hierarquicamente superiores; a percepção de que o saber dos subordinados, mormente de nível fundamental e médio é desconsiderado/não valorizado socialmente; a dificuldade de comunicação e/ou acesso às lideranças formais.

Um dado interessante da pesquisa é que as queixas veiculadas pelas lideranças formais e pelos sujeitos subordinados têm a mesma raiz quando analisadas à luz das relações sociais do trabalho. Isso, entretanto, não é passível de entendimento numa leitura superficial da realidade.

A falta de compreensão de que a resistência às orientações e às normas de segurança, a apresentação de atestados, o adoecimento dos trabalhadores, por exemplo, são estratégias (pseudo)inconscientes utilizadas pelos trabalhadores para o enfrentamento dos medos e das ansiedades decorrentes dos riscos inerentes ao desempenho da tarefa, leva a julgamentos de valor que não contribuem para uma abordagem mais adequada dos conflitos. Por trás dessas condutas encontram-se as condições e, sobretudo, a organização do trabalho.

A baixa adesão dos trabalhadores às reuniões revela a contradição entre querer participar e ao mesmo tempo não comparecer às reuniões. A fragmentação / divisão técnica do trabalho e a separação do trabalho entre manual e intelectual engendram relações sociais do trabalho, estabelecendo uma hierarquia entre os trabalhadores que dificulta a comunicação entre eles. Contudo, o modelo participativo, se por um lado é funcional ao capital é, por outro, uma forma de distribuir poder e favorecer mudanças.

Tal conjuntura forma o ambiente “ideal” para a utilização de condutas defensivas, mecanismos de resistências e, conseqüentemente, para a eclosão dos conflitos laborais relatados. Conflitos, que, se por um lado revelam as diferenças de interesses entre trabalhadores e a organização, por outro são prejudiciais a ambos. O prejuízo mútuo é um ponto em comum aos trabalhadores e a organização, podendo suscitar a busca de possíveis soluções para a situação, ainda que no interior da contradição dada a divergência dos interesses existentes.

O Serviço de Gestão de Pessoas situa-se nesse contexto, configurando-se como um espaço de fala e de escuta no interior do hospital pesquisado e representando uma das possibilidades de ampliação do conhecimento da realidade, podendo ser melhorado.

A permanência da organização e dos trabalhadores em campos opostos, a visão unilateral da realidade impedem compreensão dos fatores que motivam os conflitos e emperram mudanças possíveis que poderiam melhorar o clima de trabalho e trazer benefícios mútuos.

Para finalizar, insistimos que o avanço das forças produtivas é importante e corresponde à capacidade criativa do homem na busca de solucionar os problemas que resultam do aumento das suas necessidades, da relação com a natureza, da cooperação com outros homens. O desenvolvimento científico-tecnológico, a busca da qualidade e a melhoria dos processos de trabalho são desejáveis e necessários sob todos os pontos de vistas pelos benefícios que trazem ao trabalhador, à organização e ao paciente. Eles se tornam problemáticos quando, a serviço do capital, precarizam o trabalho e colocam os interesses da humanidade em plano secundário.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde**: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná. Tese de Doutorado em Educação do Setor de Educação. UFPR. 2009.
- ANTUNES, R. **Os Sentidos do trabalho, ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2ª edição. São Paulo, SP: Boitempo, 2009.
- ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ARAÚJO, A. R. O **Assédio moral organizacional e medidas internas preventivas e repressivas**. IN: SOBOLL, L.A.P.; GOSDAL, T.C. (Org). **Assédio moral interpessoal e organizacional**: um enfoque interdisciplinar. São Paulo: LTr, 2009, 151p.
- ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. Tradução Mauro Barbosa. 6ª. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- BARBOSA, E.C.V. e RODRIGUES, B.M.R.D.. **Humanização nas relações com a família**: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. Acta Scietiarum Health Sciences. Maringá, v. 26, no. 1, p. 205-212, 2004. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1666/0>. Acesso em: 06 de abril de 2014.
- BARRETO, M. **Uma Jornada de Humilhações**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. Ed. 6. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: A degradação do trabalho no século XX. Tradução NATHANAEL C. CAIXEIRO. R.J.: Zahar Editores. 1977.
- CARVALHO, M. S. M. V.; TONET, H. C. **Conflito entre áreas organizacionais - uma questão ainda a ser administrada**. RAP. RIO DE JANEIRO 30 (4) P. 38-561. Jul/Ago. 1996.
- CECÍLIO, L. C. O. **Propostas alternativas de Gestão Hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores**: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e sociedade, v. 13, n. 2, p. 39-55, maio-ago, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. **É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2): 508-516, mar-abr, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. **Autonomia versus controle dos trabalhadores:** a gestão do poder no hospital. Ciência e Saúde coletiva, 4(2):315-329, 1999.

CECÍLIO, L. C. O.; MOREIRA, M. E. **Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos? A trama do poder nas organizações de Saúde.** RAP, Rio de Janeiro, 36(4):587-608, Jul./Ago, 2002.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. **A Organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista.** Revista Pegada, vol. 13, n. 2, p. 67-82. Dezembro 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo da psicopatologia do trabalho. Tradução de ANA ISABEL PARAGUAY e LÚCIA LEAL FERREIRA. 5ª. Ed. ampliada. S.P.: Cortez - Oboré. 1992.

DEJOURS, C. **Suicídio e trabalho: o que fazer.** Tradução de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2010.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade.** IN: MENDES, Ana Magnólia, LIMA, Suzana, FACAS, Emilio (Org). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho.** Brasília: Paralelo 15, 2007. p. 13-26.

DICIONÁRIO Aurélio *on line*. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com>>.

ENRIQUEZ, E. **O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica.** RAE – Revista de Administração de empresas. S.P., v. 37, n.1, p. 18-29, jan./mar. 1997.

FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. **Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas.** Cad. Saúde Pública vol.18 n.5 Rio de Janeiro Sep./Oct. 2002. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500015>>. Acesso em: 2 de abril de 2013.

FREITAS, M. E. **Assédio moral e assédio sexual:** faces do poder perverso nas organizações. [versão eletrônica]. RAE - Revista de Administração de Empresas, abr-jun, 41(2). 2001. <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a02.pdf>>. Re-acesso em: 10 de abril de 2014.

FREITAS, M. E. **Contexto social e imaginário organizacional moderno.** [versão eletrônica]. RAE - Revista de Administração de Empresas, abr-jun, 40(2). 2000. p. 6-15. <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v40n2/v40n2a02.pdf>>. Re-acesso em: 10 de abril de 2014.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R. M. **As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação do trabalho em saúde**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação, UFPR. 2007.

GOSDAL, T.C., SOBOLL, L.A., SHATZMAM, M., EBERLE, A.D. **Assédio Moral Organizacional**: esclarecimentos conceituais e repercussões. IN: SOBOLL, L. A.; GOSDAL, T. C. (Org). **Assédio moral interpessoal e organizacional**: um enfoque interdisciplinar. São Paulo: LTr, 2009.

GOUNET, T. **Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel**. Coleção Mundo do trabalho. S.P.: Boitempo. 1999.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma** pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 16. ed. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2007. 349 p.

HELOANI, R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado**: a história da manipulação psicológica no mundo do trabalho. São Paulo: Atlas. 2003.

HELOANI, R. **Assédio Moral**: um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. [versão eletrônica] RAE - Revista de Administração de Empresas, janeiro-junho, 3(1): 1-8 (2004).

HIRIGOYEN, M. F. **Assédio moral**: a violência perversa do cotidiano. São Paulo: Bertrand do Brasil, 2000.

HIRIGOYEN, M. F. **Mal-estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. Tradução Rejane Janowitzer. 5ª. Ed Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil. 2010.

KATZ, C. **Tecnologia e socialismo**. IN: **Globalização e socialismo**. Coleção fora da ordem. Vários autores. S. P: Xamã, 1997. p. 53.

KLEIN, L. R. **A construção das categorias infância e adolescência sobre a produção fabril**: contribuição ao debate pedagógico. Cap. 1 "Sobre o Método". Relatório Final de Pós-doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Unicamp, S.P. 2012.

KLIPEL, G.S., CECCHETTO, F.H., LAZZARI, D. **Olhar da equipe de enfermagem em relação à participação das mães no cuidado de seus filho**. Anais da VI Mostra Científica do CESUSA, v. 1, n. 7. 2013. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac>. Acesso em: 06 de abril de 2014.

KONDER, L. **Marx – vida e obra**. Rio de Janeiro. Ed. Mar e Terra S/A. 1976.

KUENZER, A. Z. **Educação e trabalho no Brasil**: o estado da questão. 2ª. impressão. Brasília: INEP. Santiago: REDUC, 1991.

KUENZER, A. Z. **A Pedagogia da fábrica**. 6ª. ed. S.P.: Cortez, 2002.

MACHADO, M. H. **Trabalho e Emprego em Saúde**. IN: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política, livro I, volume 1, tradução de Reginaldo Sant'Anna. 30ª ed. RJ: Civilização Brasileira. 2012.

MARX, K. & ENGELS, F. **A Ideologia alemã**. 3ª. Ed. S.P.: Martin Claret. 2005.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. 2ª. Reimpressão. São Paulo: Boitempo. 2008. 175 p.

MEIRA, T. A. B.; RODRIGUES, V. L. G. C. **Relações de produção e qualificação profissional**: Problematizações acerca da Sociedade do conhecimento. COMUNICAÇÕES. Piracicaba. Ano 7. No. 2, jul.-dez., 2010.

MENDES, A. M. III Seminário de Gestão da Ética nas Empresas estatais – CCBB-junho/2007. Palestra **Conflitos de relacionamento no trabalho**. Disponível em: <[http://www.bndes.gov.br/.../conflitos\\_de\\_relacionamento\\_no...](http://www.bndes.gov.br/.../conflitos_de_relacionamento_no...)>. Acesso em: 28/03/13.

MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P.; SANTIN, K.R.; OLIVEIRA, D.M. Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais: vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19(6):[07 telas]. Nov.-dez. 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 06/04/2014.

MOLINA, R.C.M. et al. **A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal**. Rev. Esc. Enferm. USP, 43(3). p. 630-8. 2008. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em 06/04/2014.

MOTTA, F. C. P. **Organização e poder**: empresa, estado e escola. S.P.: Editora Atlas S.A. 1986.

NEIS, M. E. B.; GELBCKE, F. L. **Carga de Trabalho na Enfermagem**: variável do dimensionamento de pessoal. Enfermagem em Foco, 2(1):6-9. 2011.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.

O que é Acreditação Hospitalar? Disponível em:

<[http://www.wareline.com.br/novo/index.php?option=com\\_content&task=view&id=75&Itemid=44](http://www.wareline.com.br/novo/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=44)>. Acesso em: 05/09/2013.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O Processo Grupal**. Tradução Marco Aurélio F. Veloso e Maria Stela Gonçalves. 8ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5ª. Ed. São Paulo: Annablume / Hucitec (2003). 198 p.

PROJEÇÃO da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060. Unidades da Federação 2000-2030. Rio de Janeiro – 29 de Agosto de 2013. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>>. Acesso em 06/04/2014.

ROSSATO-ABÉDE, L.M. e M. ANGELO. **Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca d presença dos pais em unidades neonatais de alto risco**. Rev. Latino-am Enfermagem, 2002. Janeiro-fevereiro; 10(01):48-54. (2002). Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em 06/04/2014.

SHATZMAM, M.; GOSDAL, T.C.; SOBOLL, L.A.; EBERLE, A.D. **Aspectos definidores do Assédio Moral**. IN: SOBOLL,L. A.; GOSDAL, T. C. (Org). **Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar**. São Paulo: LTr, 2009.

SOBOLL, L. A. P. **Controle e exploração: A produção capitalista em uma unidade hospitalar**. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em Administração da UFPR. Curitiba, PR: 2003. 200 p.

SOBOLL, L. A. **Assédio moral/organizacional**. Uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Casa do PsicólogoLivraria e EditoraLtda, 2008a.

SOBOLL, L. A. **Assédio moral: a violência “justificada” na lógica econômica**. Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho - São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008b.

SOBOLL, L. A. **A Disciplina como “coação da conformidade”**. Um olhar para a submissão no trabalho. IN: MENDES, A. M. ;LIMA, S.; FACAS, E. (org). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007. p. 143-154.

SOBOLL, L. A.; EBERLE, A.D. ; GOSDAL, T.C., SCHATZMAM, M. **Situações Distintas de Assédio Moral**. IN:SOBOLL,L. A. GOSDAL, T.C. (ORG.). **Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar**. São Paulo: LTr, 2009, v.1. p. 42-51.

SZNELWAR, L. I. **Ergonomia e psicodinâmica do trabalho: Um diálogo possível e desejável**. IN:MENDES, A. M.; LIMA, S.; FACAS, E. (ORG). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007. p. 43-58.

TEMPOS MODERNOS. Direção de Charles Chaplin. EUA: Continental, 1936. (87 min) preto e branco. Disponível em:  
<<http://www.historianet.com.br/conteudo/default.aspx?codigo=181>>. Re-acesso em 17/04/2014.

UCHIDA, S. **Organização do trabalho: Vivências de sofrimento e prazer**. IN:MENDES, A. M.; LIMA, S.; FACAS, E. (ORG). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007. 105-117.



## APÊNDICES

APÊNDICE 1 -	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	128
APÊNDICE 2 -	QUESTIONÁRIO.....	130
APÊNDICE 3 -	DADOS COLETADOS NOS REGISTROS DE REUNIÕES/ DINÂMICAS DE GRUPOS.....	134
APÊNDICE 4 -	INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELOS PESQUISADOS NO CAMPO “OBSERVAÇÃO” DO QUESTIONÁRIO.....	136
APÊNDICE 5 -	QUANTIFICAÇÃO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO.....	154

## APÊNDICE 1

Obs: Todos os dados que pudessem identificar a unidade/serviço/ hospital foram substituídos por xxx, neste apêndice, para resguardar o sigilo.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria da Penha Simões Pedrosa pesquisadora mestranda da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você, trabalhador do xxx que participou de dinâmicas de grupo ou reuniões mediadas pelo xxx a participar de um estudo intitulado “*Mudanças no mundo do trabalho e os conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde em um hospital público*”.

Esse estudo é importante para auxiliar a comunidade hospitalar, e em especial as lideranças dos trabalhadores da saúde, na compreensão dos motivos geradores dos conflitos, existentes no xxx, tendo em vista sua fundamentação para intervenções no sentido de eliminar e/ou minimizar as causas objetivas geradoras dos conflitos no ambiente de trabalho.

O objetivo desta pesquisa é investigar a relação dos conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde que chegam ao xxx com as condições/organização de trabalho e seus determinantes materiais, entre eles: salário; estabilidade no emprego; estrutura física, organizacional e gerencial; existência, acessibilidade e disponibilidade dos equipamentos, infraestrutura; participação na gestão; condições objetivas de vida, entre outras.

**Riscos** relacionados ao estudo não são previstos. Os **Benefícios**: Contribuir para o melhor entendimento das razões dos conflitos existentes na instituição pelos atores sociais subsidiando-os na sua atuação e tomada de decisões. **No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.**

A pesquisadora Maria da Penha Simões Pedrosa, técnica em assuntos educacionais, graduada em história e filosofia pela UFPR, poderá ser contatada no xxx pelo telefone xxx diariamente das 8h às 14h **para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.**

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - CEP do xxx. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (o orientador do projeto) No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE \_\_\_\_\_

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.  
Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e fui informado que as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de minha responsabilidade e que pela minha participação no estudo não receberei qualquer valor em dinheiro.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)  
Curitiba,     /     / 2013.

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE  
Curitiba,     /     / 2013

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o  
TCLE \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

Obs: O nome do hospital foi substituído neste apêndice por “hospital pesquisado” para resguardar o sigilo.

### QUESTIONÁRIO

*Pesquisa: Mudanças no mundo do trabalho e os conflitos protagonizados pelo trabalhador da saúde em um hospital público*

Obrigada por participar dessa pesquisa. Ao responder esse questionário, seja o mais verdadeiro possível, certo de que sua identidade será preservada e de que os dados poderão promover um melhor entendimento da realidade laboral no hospital pesquisado. Circule a(s) opção(ões) que melhor corresponda(m) à sua realidade. No campo Observação, comente sua resposta, se achar necessário.

Dados pessoais:	
Nome (opcional):	
Bairro onde mora:	Telefone para contato:
Sexo: masculino (    )                      feminino (    )	Idade:
Cargo que exerce no hospital pesquisado	Tempo de serviço no hospital pesquisado:
Formação:	Função:
Unidade:	Serviço:

Condições objetivas de vida:	Observação
1. Como você se desloca de casa para o trabalho no hospital pesquisado? a) A pé. b) De ônibus. c) De carona. d) De carro próprio. e) Outro.	
2. Quanto tempo você normalmente leva de ida/volta ao hospital pesquisado? a) Até 10 minutos. b) De 10 a 30 minutos. c) De 30 a 45 minutos. d) De 45 minutos a 1 hora. e) Mais de 1 hora.	
3. Considerando o salário mínimo nacional (R\$678,00) você recebe do hospital pesquisado? a) Até 2 salários (até R\$1.356,00). b) De 2 a 4 salários (até R\$ 2.712,00). c) De 4 a 6 salários (até R\$ 4.068,00).	

d) De 6 salários a 8 salários (até R\$ 5.424,00). e) Mais de R\$ 5.424,00.	
4. Quantas pessoas dependem economicamente de você? a) Nenhuma. b) Até 2. c) Até 4. d) Até 6. e) Mais de 6.	
5. Seu salário no hospital pesquisado (normalmente) garante a realização das suas necessidades básicas (saúde, lazer, educação, moradia, transporte, etc)? a) O necessário. b) Menos que o necessário. c) Além do necessário.	
6. Quantas horas diárias você dorme? a) Até 4 horas diárias. b) De 4 a 6 horas diárias. c) De 6 a 8 horas diárias. d) Mais 8 horas diárias.	
7. Quanto tempo de sono diário você precisa para se sentir bem? a) Até 4 horas diárias. b) De 4 a 6 horas diárias. c) De 6 a 8 horas diárias. d) Mais 8 horas diárias.	
8. Além da jornada no hospital pesquisado você: a) tem um segundo emprego formal. b) trabalha por conta própria para complementar salário . c) se ocupa de afazeres domésticos diários e obrigatórios. d) estuda (faculdade, cursos). e) realiza atividades de sua livre escolha (lazer, ginástica, música, etc).	
9. Sua jornada de trabalho costuma ser prolongada (hora extra): a) frequentemente, por falta de pessoal. b) eventualmente, por necessidade do serviço. c) raramente. d) sem consulta e sem sua concordância. e) com consulta e com sua concordância.	
10. Seu trabalho permite que você habitualmente realize pausas: a) somente as garantidas por lei. b) além das garantidas por lei (cafezinho, saídas rápidas do serviço, etc). c) nem as garantidas por lei.	
11. As pausas são controladas: a) por você mesmo(a). b) pelos colegas. c) pela chefia. d) por ninguém. e) outras formas. Quais?	
12. Sua jornada no hospital pesquisado é de: a) 6 horas diárias. b) 8 horas diárias. c) plantão 12X36. d) plantão 12X60.	
13. Seus períodos de descanso entre jornadas são de:	

<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 18 horas.</li> <li>b) 12 horas.</li> <li>c) 36 horas.</li> <li>d) 60 horas</li> </ul>	
<p>14. Você utiliza o seu tempo livre para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) se recuperar para mais um dia de trabalho.</li> <li>b) relaxar.</li> <li>c) se aprimorar profissionalmente.</li> <li>d) se desenvolver pessoalmente.</li> <li>e) “curtir” a vida, a família ou os amigos.</li> </ul>	
<b>Com relação ao ritmo de trabalho</b>	
<p>15. Quem impõe o ritmo do seu trabalho?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Os equipamentos.</li> <li>b) Os colegas.</li> <li>c) A chefia.</li> <li>d) Você mesmo(a).</li> <li>e) Outros.</li> </ul>	
<p>16. A introdução de novas tecnologias tem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) facilitado o seu trabalho em geral.</li> <li>b) diminuído suas atribuições.</li> <li>c) intensificado o ritmo do trabalho.</li> <li>d) sido fator de estresse inicial.</li> <li>e) sido acompanhada por treinamentos.</li> </ul>	
<b>Com relação à Organização do trabalho:</b>	
<p>17. Quem define a forma como você deve realizar sua tarefa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) A chefia.</li> <li>b) A equipe de trabalho.</li> <li>c) Você em conjunto com a equipe de trabalho.</li> <li>d) Você mesmo(a).</li> </ul>	
<p>18. Na ocorrência de algum problema no desempenho da sua tarefa, você:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pede ajuda à chefia.</li> <li>b) pede ajuda aos colegas.</li> <li>c) resolve sozinho(a).</li> </ul>	
<p>19. Você participa de reuniões relativas aos processos e fluxos de trabalho?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Anualmente.</li> <li>b) Semestralmente.</li> <li>c) Bimestralmente.</li> <li>d) Mensalmente.</li> <li>e) Quinzenalmente.</li> <li>f) Semanalmente.</li> </ul>	
<p>20. Tais reuniões, em geral, visam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) repassar informações.</li> <li>b) compartilhar resultados positivos.</li> <li>c) discutir os problemas e favorecer a participação da equipe na tomada de decisões.</li> <li>d) cobrar resultados.</li> <li>e) outros motivos. Quais?</li> </ul>	
<p>21. A instituição viabiliza sua participação nas reuniões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) disponibilizando diferentes horários.</li> <li>b) liberando sua participação em horário de serviço.</li> <li>c) remanejando escalas.</li> <li>d) não viabiliza.</li> </ul>	

<p>22. Com relação a processos de trabalho inadequados você costuma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) apresentar alternativas para a chefia e colegas durante as reuniões.</li> <li>b) se calar por falta de oportunidade ou timidez.</li> <li>c) utilizar o “radio corredor”.</li> <li>d) se calar por medo de críticas ou de represália.</li> <li>e) outra reação. Qual?</li> </ul>	
<p><b>Com relação à estrutura física</b></p>	
<p>23. Existem locais na instituição apropriados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) guarda de materiais.</li> <li>b) alojar equipamentos.</li> <li>c) fazer refeições.</li> <li>d) períodos de descanso.</li> <li>e) higiene pessoal.</li> </ul>	
<p>24. A manutenção dos equipamentos é realizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) regularmente.</li> <li>b) com presteza.</li> <li>c) sem presteza.</li> </ul>	
<p>25) Você dispõe dos materiais/equipamentos necessários para a realização da sua tarefa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) minimamente.</li> <li>b) suficientemente.</li> <li>c) abundantemente.</li> </ul>	
<p><b>Com relação a reconhecimento do seu trabalho e relacionamento interpessoal</b></p>	
<p>26. Você se sente reconhecido quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) recebe aumento.</li> <li>b) recebe elogio.</li> <li>c) é solicitado para opinar sobre os processos de trabalho.</li> <li>d) é atendido na suas solicitações.</li> </ul>	
<p>27. Os maiores responsáveis pelo estresse no seu trabalho são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) dificuldade de relacionamento com os colegas.</li> <li>b) dificuldade de relacionamento a(s) chefia(s).</li> <li>c) sobrecarga de trabalho.</li> <li>d) falta de equipamentos e material.</li> <li>e) outros. Quais?</li> </ul>	
<p><b>Com relação à formação profissional e desenvolvimento pessoal</b></p>	
<p>28. O hospital pesquisado tem proporcionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) cursos de aprimoramento na sua área profissional</li> <li>b) palestras, seminários e afins</li> <li>c) formação em serviço</li> </ul>	
<p>29. Você tem participado dessas atividades, quando e se elas ocorrem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) durante a jornada.</li> <li>b) fora da jornada, mas mediante hora extra.</li> <li>c) fora da jornada, mesmo sem hora extra.</li> <li>d) não. Por quê?</li> <li>e) nenhuma das respostas acima. Qual?</li> </ul>	
<p>30. Na sua opinião esses cursos/eventos têm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) contribuído efetivamente para o seu aprimoramento profissional.</li> <li>b) melhorado a eficácia do serviço.</li> </ul>	

## APÊNDICE 3

<b>DADOS COLETADOS NOS REGISTROS DE REUNIÕES /DINÂMICAS DE GRUPOS</b>
<b>Queixas iniciais</b>
Dificuldades de relacionamento interpessoal entre os membros da equipe; entre estes e seus superiores; com a equipe médica; entre equipes distintas, entre os membros da equipe de e os acompanhantes
<b>Detalhamento das queixas trazidas pelas lideranças formais (sujeito capataz)</b>
<b><i>Com relação a alguns sujeitos subordinados</i></b>
Temperamento difícil
Impontualidade
Número de atestados
Falta de comprometimento com o trabalho
Comportamento desrespeitoso
Pressão caso as solicitações dos subordinados não sejam atendidas
Incompreensão sobre o papel da chefia
Resistência a orientações em geral e ao atendimento às normas da CCIH
Fofoca / “rádio corredor”
Distorção ou negação de informações dadas
Não comparecimento nas reuniões agendadas
Cobrança de direitos mais do que cumprimento de deveres
Suspeita/uso de álcool e outras drogas no trabalho
Não reconhecimento de que o hospital é “uma mãe”
Erros e atrasos no preenchimento da folha ponto
<b><i>Outras queixas</i></b>
Problema com a manutenção de equipamentos
Sistema (informática) não funciona ou programas que não “conversam”, implicando em retrabalho
Compra de material sujeita à licitação (processo burocrático e demorado)
Dificuldade de realizar reuniões (que acabam sendo apenas de caráter administrativo) X excesso de reuniões com as instâncias superiores
Comunicação institucional deficiente
Falta de reconhecimento
Cobrança de todos os lados
Desmotivação
Falta de unidade (de procedimentos e orientações) entre as chefias do mesmo setor
Sobrecarga atribuída grandemente ao aumento da demanda de trabalho burocrático e déficit de pessoal
Excesso de interrupções/reuniões
Dificuldade quanto ao exercício do poder diretivo



Impotência (frente a algumas ocorrências que consideram estar fora da sua governabilidade)
<b>Detalhamento da demanda trazida pelos sujeitos subordinados</b>
<b><i>Com relação às lideranças formais</i></b>
Regras não valem para todos
Privilégios, mormente da equipe médica
Mudam de comportamento quando assumem cargos de lideranças
Falta da presença mais constante das lideranças para apoio e defesa junto aos pacientes, acompanhantes e médicos
Equipe do noturno: contradição entre sentimento de abandono e autonomia
Ausência de reuniões para discutir outros problemas que não os administrativos, tais como procedimentos e fluxos de trabalho
Falta de reconhecimento do trabalho, do saber da equipe mormente da equipe de nível técnico
Sobrecarga associada ao aumento da demanda de trabalho e ao déficit de pessoal
<b><i>Com relação aos colegas</i></b>
Rivalidade entre vínculos empregatícios diferentes
Comportamento desrespeitoso
Colegas não comprometidos com o trabalho, com restrição e/ou tecnicamente despreparados sobrecarregam os demais
<b><i>Com relação aos acompanhantes</i></b> ( que a lei garante a permanência junto aos filhos pequenos).
Cobrança / críticas em relação à conduta / procedimentos da equipe de enfermagem com base em informações obtidas via internet
Comportamento inadequado
<b><i>Outras queixas</i></b>
Excesso de barulho gerados por exemplo por equipamentos das UTIs
Equipamentos com defeito e sem manutenção
Local para descanso / higiene insuficiente ou inapropriado

Fonte: Registros de reuniões/ dinâmicas de grupos realizadas entre os anos de 2009 a 2012 com os grupos selecionados.

## APÊNDICE 4

Informações fornecidas pelos pesquisados no campo
"Observação" do Questionário.
<b>1. Como você se desloca de casa para o trabalho no hospital pesquisado?</b>
a) A pé.
b) De ônibus.
c) De carona.
d) De carro próprio.
e) Outro.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(17) De carro próprio da família ou ônibus.
(19) b,d Depende do dia e horário.
(29) Super lotado pela manhã.
(30) Às vezes de ônibus.
(48) Alternadamente.
(86) d, o carro é do meu pai.
(103) b.
(108) Às vezes ônibus.
(122) As vezes venho de onibus porque não tem estacionamento
<b>2. Quanto tempo você normalmente leva de ida/volta ao hospital pesquisado?</b>
a) Até 10 minutos.
b) De 10 a 30 minutos.
c) De 30 a 45 minutos.
d) De 45 minutos a 1 hora.
e) Mais de 1 hora.
f) Outros/Não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(15) Ida mais volta.
(43) Depende do trânsito.
(104) Quando não há congestionamento, acidente no trajeto.
(107) 20 min pra ir, 20 min pra voltar, mais 1 hora de espera na fila do estacionamento.
<b>3. Considerando o salário mínimo nacional (R\$678,00) você recebe do hospital pesquisado?</b>
a) Até 2 salários (até R\$1.356,00).
b) De 2 a 4 salários (até R\$ 2.712,00).
c) De 4 a 6 salários (até R\$ 4.068,00).
d) De 6 salários a 8 salários (até R\$ 5.424,00).
e) Mais de R\$ 5.424,00.
f) Outros/Não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>

(19) e.
(104) Sem hora extra não dá pra nada.
(107) Sem extras e APHs.
<b>4. Quantas pessoas dependem economicamente de você?</b>
a) Nenhuma.
b) Até 2.
c) Até 4.
d) Até 6.
e) Mais de 6.
f) Outros/Não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(91) Atualmente 2.
<b>5. Seu salário no hospital pesquisado (normalmente) garante a realização das suas necessidades básicas (saúde, lazer, educação, moradia, transporte, etc)?</b>
a) O necessário.
b) Menos que o necessário.
c) Além do necessário.
d) Outros/Não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(8) Se contarmos que lazer, educação e saúde são os mais caros, o salário não dá. Procuramos sempre nos adaptar com o que ganhamos.
(104) Cinema só em casa.
(62) a, com restrições.
(87) Considerando o salário do meu esposo, sozinha seria menos que o necessário.
<b>6. Quantas horas diárias você dorme?</b>
a) Até 4 horas diárias.
b) De 4 a 6 horas diárias.
c) De 6 a 8 horas diárias.
d) Mais 8 horas diárias.
e) Outros/Não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(58) não respondeu
(103) 2 empregos e ambos noturnos.
(107) Durmo picadinho devido aos plantões noturnos.... 3 horas pela manhã + 6 horas à noite, etc.
<b>7. Quanto tempo de sono diário você precisa para se sentir bem?</b>
a) Até 4 horas diárias.
b) De 4 a 6 horas diárias.
c) De 6 a 8 horas diárias.
d) Mais 8 horas diárias.

e) Não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(104) É suficiente.
(107) Pelo menos 8h ininterruptas.
<b>8. Além da jornada no hospital pesquisado você:</b>
a) tem um segundo emprego formal.
b) trabalha por conta própria para complementar salário .
c) se ocupa de afazeres domésticos diários e obrigatórios.
d) estuda (faculdade, cursos).
e) realiza atividades de sua livre escolha (lazer, ginástica, música, etc).
f) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(1) b,d,e.
(3) c,d.
(6) b,c,d,e.
(8) c,d.
(13) Os trabalhos domésticos também fazem parte da minha jornada, porém não deixo de fazer minhas atividades por conta dos mesmos.
(15) c,d,e.
(17) Afazeres domésticos por necessidade.
(18) c,d,e.
(19) c,d.
(20) c,d.
(39) e, eventualmente.
(55) Faço pós-graduação.
(67) Doutorado.
(90) Tenho um segundo trabalho no Conselho de classe onde estou como Diretora - Secretária.
(92) Inglês.
(99) c,d,e.
(100) Atualmente faço mestrado.
(103) Mais faculdade.
(107) O dia inteiro em função da casa, das filhas e do marido.
médico autonomo (consultório mais plantões)
(128) Mestrado a tarde c,d.
130) c,e.
<b>9. Sua jornada de trabalho costuma ser prolongada (hora extra):</b>
a) frequentemente, por falta de pessoal.
b) eventualmente, por necessidade do serviço.
c) raramente.
d) sem consulta e sem sua concordância.
e) com consulta e com sua concordância.
f) outros/não respondeu.

g) múltiplas respostas.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(25) Sim, porque o salário muito baixo.
(47) Sempre por falta de pessoal.
(50) Sempre por falta de pessoal.
(62) b, <i>frequentemente</i> por...
(90) d, sem consulta e COM concordância.
(93) Compensação, Banco de Horas, Não recebo hora extra.
(104) Serviço em outro local de trabalho, não no mesmo.
(107) APHs: são colocados na escala, mas com possibilidade de trocas.
(110) Não realizo hora extra.
(121) Não realiza hora extra.
(132) APH.
<b>10. Seu trabalho permite que você habitualmente realize pausas:</b>
a) somente as garantidas por lei.
b) além das garantidas por lei (cafezinho, saídas rápidas do serviço, etc).
c) nem as garantidas por lei.
d) outros/não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) Às vezes trabalho mais horas semanais do que a lei permite.
(19) Dificilmente devido à dinâmica do serviço e necessidade dos paciente.
(39) Se necessário, saídas extras negociadas.
(63) Intervalos normais (almoço, café).
(69) De acordo com o horário entre folga no serviço, quando possível.
(93) a, 15 min para o lanche.
(104) Muito pouco, principalmente quando há colegas de férias.
(107) Além do horário de descanso noturno, podemos sair para tomar café.
(113) As saídas rápidas sempre tem a ver com o trabalho.
(132) Trabalho total.
<b>11. As pausas são controladas:</b>
a) por você mesmo(a).
b) pelos colegas.
c) pela chefia.
d) por ninguém.
e) outras formas. Quais?
f) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(8) A supervisão é bem acessível.
(22) Ponto eletrônico.
(59) e, livro ponto.
(76) e, conforme a demanda do setor.
(82) Os colegas também controlam.

(86) Conforme a possibilidade; não interferindo no serviço.
(93) Não efetuo pausas não controladas, porque sou a única administradora no serviço de hemoterapia e na minha ausência o serviço fica parado.
(99) a.
(100) A gerência sempre está a par de qualquer pausa, seja por necessidade pessoal ou de serviço.
(103) Uma mistura de chefias, colegas e eu mesma.
(104) É sempre complicado sair, parece que estou num quartel.
(107) Sempre tem alguém de olho. Tentar não ultrapassar 15 min.
(117) Consciência/autorização da chefia.
(120) Por mim mesma, porem sempre avisadas ou para chefia ou a colegas.
129) a,c.
<b>12. Sua jornada no hospital pesquisado é de:</b>
a) 6 horas diárias.
b) 8 horas diárias
c) plantão 12X36.
d) plantão 12X60.
e) outros/não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(27) a, e plantões de fins de semana de 12h.
(76) a, mais os plantões.
(83) 4 horas diárias.
(107) Exceto quando tem extra ou APH (Adicional de Plantão Hospitalar).
<b>13. Seus períodos de descanso entre jornadas são de:</b>
a) 18 horas.
b) 12 horas.
c) 36 horas.
d) 60 horas
e) Outros/Não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(9) Não se aplica.
(15) Não há período de descanso entre jornadas.
(19) Duas folgas por semana dependentes da escala de trabalho.
(20) 16 horas.
(25) Depende dos plantões.
(41) Nesta instituição.
(54) 2h.
(64) a, digo, 15 horas.
(65) 15 horas.
(68) Levando em conta o segundo emprego.
(76) b, devido ao segundo vínculo.
(82) 15 horas.
(85) 16 horas.

(90) 8 a 10 horas.
(91) Contabilizando do horário de saída de casa: 7h - retorno às 18h – 19h.
(92) 15 horas.
(93) 18h - 16h (variável com a necessidade).
(105) 16 horas.
(103) Depende.
(107) Exceto quando tem extra ou APH.
(111) 14 horas.
(121) Somente sábados, domingos e feriados.
(122) As vezes menos devido a trocas ou extras, b.
(129) Seria de 60h mas os plantões se acumulam
(132) No hospital pesquisado
<b>14. Você utiliza o seu tempo livre para:</b>
a) se recuperar para mais um dia de trabalho.
b) relaxar.
c) se aprimorar profissionalmente.
d) se desenvolver pessoalmente.
e) “curtir” a vida, a família ou os amigos .
f) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) b,d,e.
(7) Dedicar meu tempo para a família e para o estudo.
(15) b,c,d,e.
(18) b,c,e Procuro fazer um pouco a cada dia, sempre que possível.
(25) Trabalho em casa.
(31) E alguma atividade doméstica.
(39) Todos, divido entre necessidades de minha vida pessoal.
(81) Continuo trabalhando em casa.
(90) Depende do tamanho do cansaço.
(93) Afazeres domésticos, cuido da minha mãe com 80 anos.
(99) b, c, d, e.
(100) a, b, e.
(104) Estudar quando dá.
(107) Ando bastante cansada, então durmo a cada minutinho livre, mas sem recuperar o cansaço.
(113) Na verdade cumprir com obrigações domésticas para curtir ou aprimorar.
Fazer atividade física.
(129) Realizar trabalhos diários. Evitar acúmulo de afazeres.
126) a,c,e.
128) c,e.
130) a,b,c,d,e.
<b>15. Quem impõe o ritmo do seu trabalho?</b>
a) Os equipamentos.

b) Os colegas.
c) A chefia.
d) Você mesmo(a).
e) Outros.
f) Múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(5) Demanda.
(6) A chefia quando determina a sala de trabalho com número de seis pacientes para dividir em duas servidoras.
(19) b,d,e. É uma questão de necessidade; de número de funcionários na escala; de número de pacientes no turno;do que é preciso fazer para cumprir as obrigações diárias.
(24) A própria rotina do setor.
(26) A rotina do trabalho.
(27) e, e os clientes e pacientes.
(30) A demanda do serviço.
(53) Depende da situação.
(73) e, a instituição.
(76) e, o próprio serviço que aumenta a cada dia.
(82) e, as necessidades do dia a dia.
(86) A demanda crescente e os prazos reduzidos.
(93) c, (a chefia) sobrecarrega de atividades concorrentes entre si com níveis altos de prioridade. d, através de responsabilidade profissional em não prejudicar o andamento dos serviços ou promover a paralisação em processos de trabalho.
(99) c.
(100) De acordo com as exigências do serviço, tem dias mais atribulados que outros.
(102) A necessidade de cumprir as minhas tarefas.
(107) O próprio ritmo da unidade.
(113) Demanda do serviço.
(114) Dependendo da demanda os outros como médico direção.
(126) O ESTADO CLÍNICO DOS PACIENTES.
129) A rotina.
<b>16. A introdução de novas tecnologias tem:</b>
a) facilitado o seu trabalho em geral.
b) diminuído suas atribuições.
c) intensificado o ritmo do trabalho.
d) sido fator de estresse inicial.
e) sido acompanhada por treinamentos.
f) outros/não respondeu.
g) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) No início é um estresse, depois facilita.
(8) No início causa estresse pois o treinamento é escasso, mas depois de adaptado facilita.
(10) c,d,e.



(86) Tecnologias como o sistema e-saúde da Secretaria Municipal de Saúde, que duplicou o serviço. O mesmo sistema ainda com múltiplas falhas, impede algumas tarefas e atrasa muito outras.
(87) Colocaria novas tecnologias, as Portarias e RDCs exigem novas tecnologias, certificações, acreditações, maior qualidade no trabalho. Isso tudo aumenta nosso ritmo de trabalho.
(93) Quase não tenho tempo para efetuar aprendizado e treinamento, porque sou a única pessoa que executa as atividades de compras na área e se eu não fizer, o serviço para.
(105) e, sim, porém ineficiente.
(107) Muitos equipamentos são colocados em uso sem treinamento da equipe noturna.
(114) E tem sido acompanhado de treinamentos.
120) a,c.
129) a,d.
130) a,e.
<b>17. Quem define a forma como você deve realizar sua tarefa?</b>
a) A chefia.
b) A equipe de trabalho.
c) Você em conjunto com a equipe de trabalho.
d) Você mesmo(a).
e) Outras/Não respondeu.
f) Múltiplas respostas.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) Eu mesma no sentido de manter meu compromisso com a ética.
(8) As novas ideias são reprimidas.
(15) Em algumas circunstâncias eu mesma.
(19) Com participação também da chefia.
(93) Busco alternativas para minimizar os retrabalhos, agilizar os trâmites e atender as demandas.
(99) a,c,b.
(105) Dependendo da situação.
(107) As tarefas são realizadas conforme o ritmo do plantão.
116) c,d.
131) c,d.
<b>18. Na ocorrência de algum problema no desempenho da sua tarefa, você:</b>
a) pede ajuda à chefia.
b) pede ajuda aos colegas.
c) resolve sozinho(a).
d) outros/não respondeu
e) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(10) O serviço que faço agora depende somente do meu desempenho.
(15) Todas as alternativas, depende do problema.

(19) a,b,c Depende do problema, da minha experiência pessoal, da experiência de meus colegas e da urgência do problema.
(28) Depende do problema.
(53) Depende da situação.
(56) Peço ajuda aos colegas.
(62) De acordo com o tipo de problema.
(65) a.
(76) b.
(82) b, a.
(91) Procuro me orientar com pessoas mais experientes sobre o assunto.
(105) Dependendo da situação.
(107) Na parte administrativa preciso resolver sozinha, pois sou a única enfermeira do plantão.
(114) e dependendo do grau de dificuldade peço ajuda à chefia
118) a,b.
122) a,b.
125) a,b.
126) a,b.
127) a,b.
130) a,b.
<b>19. Você participa de reuniões relativas aos processos e fluxos de trabalho?</b>
a) Anualmente.
b) Semestralmente.
c) Bimestralmente.
d) Mensalmente.
e) Quinzenalmente.
f) Semanalmente.
g) Outros/Não respondeu.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(8) No momento não sou convidado para participar de reuniões de trabalho, apenas passam as novas rotinas e fluxos.
(10) d, centro de estudo; e, GIQ (Grupo Interno da Qualidade)
(18) sempre que necessário.
(19) Eventualmente
(22) Nunca.
(23) Não porque nunca é realizada para este fim.
(24) Escolhendo férias.
(25) Nunca.
(26) Referente a férias.
(28) Quando tem.
(31) Não tenho periodicidade definida.
(39) Sempre que necessário, sem periodicidade regular.
(48) Quando tem reunião.
(49) Dificilmente temos reunião, só quando há rotina nova.

(55) Reuniões são feitas quando necessário.
(57) Quando necessário.
(62) Sempre que solicitado.
(67) Quando tem reuniões no setor.
(81) Ocasionalmente.
(91) Sempre que necessário.
(93) Comissões de Qualificação de fornecedores e processos licitatórios.
(94) a, no serviço; e, na unidade funcional.
(98) Não participo.
(107) Não tem uma regra de periodicidade, e também só participo quando o horário me permite.
(121) Quando tem.
(122) Raramente temos alguma reunião.
(124) Às vezes.
(125) Quando ocorre.
(132) No início do semestre letivo
<b>20. Tais reuniões, em geral, visam:</b>
a) repassar informações.
b) compartilhar resultados positivos.
c) discutir os problemas e favorecer a participação da equipe na tomada de decisão.
d) cobrar resultados.
e) outros motivos. Quais?
f) não respondeu.
g) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(3) Férias.
(6) Reunião de férias.
(8) Fazemos reuniões apenas com a chefia imediata (Supervisão). Não temos acesso a reuniões com a gerência.
(10) a) referente ao d anterior; c) referente ao e anterior.
(15) Todas as alternativas.
(17) Melhoria constante.
(22) Os problemas sempre existiram e nunca são resolvidos por falta de dialogo.
(23) Não, os funcionários não participam de reuniões com este tema.
(24) Somente em relação as férias.
(25) Quando informadas.
(26) Referente a férias.
(48) Repassada muitas vezes com a proposta definida.
(52) e, agilizar o fluxo de trabalho.
(56) Para discutir problemas e decisões.
(65) d.
(93) e, achar melhores alternativas para o fluxo de trabalho.
(96) Tomada de decisões com falta de RH.
(98) Não participo.

(99) b,c.
(113) a opção sempre vem junto.
(123) Férias.
126) a,c.
128) a,b,c,d.
131) a,b,c,d.
133) a,b,c,d
<b>21. A instituição viabiliza sua participação nas reuniões:</b>
a) disponibilizando diferentes horários.
b) liberando sua participação em horário de serviço.
c) remanejando escalas.
d) não viabiliza.
e) outros/Não respondeu
f) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(3) b,d.
(8) A instituição só convoca gerentes para reuniões.
(12) Eu organizo as reuniões.
(19) Entretanto, devido a falta de pessoal não há condições de participar das reuniões.
(23) Muito difícil isto acontecer, somente quando convocado pelo departamento da chefia geral da maternidade.
(25) Às vezes.
(44) a, (se se) refere ao setor.
(67) Apenas reuniões no setor.
(99) a.
(107) Na maioria das vezes é durante o dia, mas às vezes no final da tarde.
(128) Eu me adapto aos horários de reunião que normalmente são durante o dia
<b>22. Com relação a processos de trabalho inadequados você costuma:</b>
a) apresentar alternativas para a chefia e colegas durante as reuniões.
b) se calar por falta de oportunidade ou timidez.
c) utilizar o "radio corredor".
d) se calar por medo de críticas ou de represália.
e) outra reação. Qual?
f) não respondeu.
g) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(3) d,e. Não há reunião.
(6) Não há reuniões.
(8) O relacionamento com a supervisora é aberto. Com ela podemos opinar e sugerir. Isto não quer dizer que nossas ideias sejam aceitas pois deverá ter o aceite da gerência.
(19) Conversar diretamente com a chefia e propor intervenções com cada membro da equipe.
(23) Sempre que possível dou minha opinião que nem sempre é bem recebida mas, tento.

(25) Quando tenho oportunidade falo com a chefe.
(28) No meu ver, não tem trabalho inadequado.
(39) Reúno as pessoas com envolvimento no assunto para adequação.
(56) e, participativo nas decisões.
(69) e, conflito entre a equipe.
(70) a, mas não são ouvidos.
(73) e, formalizar de forma expressa.
(86) Apresentar alternativas no dia-a-dia, aos colegas e chefias.
(88) Sugiro colher sugestões e discutir.
(93) e, visitar áreas afins para propor e combinar novos métodos de trabalho.
(104) e, falar com responsável pelo setor.
(107) Como quase não consigo conversar com a chefia por incompatibilidade de horários, em geral deixo registrado em nosso livro da unidade.
(113) E às vezes brigo mesmo
(117) Só me posiciono quando tenho certeza se vou poder contribuir.
(129) Tento me adaptar até que haja uma resolução.
<b>23. Existem locais na instituição apropriados para:</b>
a) guarda de materiais.
b) alojar equipamentos.
c) fazer refeições.
d) períodos de descanso.
e) higiene pessoal.
f) outros/Não respondeu.
g) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(1) a,c,d,e.
(6) Alojar equipamentos é pouco apropriado visto que as salas utilizadas para tal as vezes são ocupadas por pacientes.
(8) O local hoje existente não comporta o número de funcionários e está bem desestruturado.
(10) Todos.
(12) Para tudo.
(62) d, não existe período de descanso.
(90) Nem sempre apropriados.
(91) b, c.
(92) Higiene dos banheiros é insuficiente.
(98) d, no segundo andar, turno noite.
(107) Para guardar itens pessoais o espaço considero pequeno, tendo que muitas vezes deixar exposto, o que gera muitos pequenos delitos.
(130) Não há local para descanso.
<b>24. A manutenção dos equipamentos é realizada:</b>
a) regularmente.
b) com presteza.

c) sem presteza.
d) outros/não respondeu.
g) múltiplas respostas.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(8) Apenas quando é solicitado.
(12) Quanto solicitado pelo serviço.
(15) A manutenção preventiva é falha.
(16) Procuramos manter manutenção corretiva e preventiva.
(17) Quando necessário.
(18) Temos uma deficiência na manutenção de equipamentos
(23) Não temos muita informação sobre isto.
(28) Não é feita regularmente. Fica parada por muito tempo.
(39) É dependente da natureza dos contratos de manutenção.
(48) Conforme solicitação prévia.
(63) Corretiva sempre que solicitado.
(73) Há necessidade de solicitar e cobrar constantemente.
(82) Através de contratos.
(83) a, para outras; b, para algumas coisas.
(86) Conforme disponibilidade dos setores responsáveis.
(93) c, necessito de abertura de processos na própria área porque não existe contrato vigente na área de Engenharia Química.
(98) a, manutenção preventiva.
(114) Regularmente, desde que solicitado.
(116) Devido a dificuldade de contrato de manutenção preventiva e corretiva.
(120) Só quando ocorre problema chama-se um profissional qualificado.
(122) Péssimo.
(130) Depende do equipamento.
<b>25) Você dispõe dos materiais/equipamentos necessários para a realização da sua tarefa:</b>
a) minimamente.
b) suficientemente.
c) abundantemente.
d) outros/não respondeu
e) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) b, nem sempre. (tem) época (que) falta material.
(7) Poderia melhorar.
(19) Por ser um hospital público, inúmeras vezes o necessário não está disponível no momento em que precisamos, havendo necessidade de improvisação.
(28) Se falar em oxímetros, minimamente, mas os outros materiais suficientemente.
(43) Dependendo do equipamento, falta. Dependendo do fluxo de pacientes, oxímetros.
(48) Muitas vezes compramos nós mesmos.
(90) Quase insuficientemente.

(100) Ocorrem faltas sazonais de materiais hospitalares.
(107) Em geral temos superlotação na unidade, faltando oxímetros, cabos, etc.
(130) Mas há período em que faltam materiais.
<b>26. Você se sente reconhecido quando:</b>
a) recebe aumento.
b) recebe elogio.
c) é solicitado para opinar sobre os processos de trabalho.
d) é atendido na suas solicitações.
e) outros/não respondeu.
f) Múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) Mas nem sempre ou quase nunca acontecem.
(15) c,d.
(23) Eu mesma reconheço meu trabalho. Sei que tento fazer o melhor mas muito difícil receber elogio.
(24) Quando os bebês melhoram.
(25) Nunca é reconhecido nada.
(26) Quando vejo a melhora dos pacientes.
(100) c.
(113) b,d também são verdadeiras
(120) As vezes/raras.
<b>27. Os maiores responsáveis pelo estresse no seu trabalho são:</b>
a) dificuldade de relacionamento com os colegas.
b) dificuldade de relacionamento a(s) chefia(s).
c) sobrecarga de trabalho.
d) falta de equipamentos e material.
e) outros. Quais?
f) não respondeu.
g) múltiplas respostas
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) Dificuldade no relacionamento com as mães em relação às colegas.
(7) Não me sinto estressada adoro o que faço
(8) As pessoas não são reconhecidas pelo que fazem, isto traz desmotivação.
(12) Institucional.
(15) c.
(17) Além da sobrecarga, a interferência fora do fluxo do trabalho.
(18) Lentidão no atendimento às solicitações. Manutenção!!
(19) d,e, gravidade dos pacientes, falta de atendimento médico imediato, falta de local apropriado para atendimento de todos os pacientes (isolamento por exemplo).
(22) Muita visita de parentes sem necessidade.
(23) Todos são responsáveis pelo estresse.
(24) Dependendo da época e situação. Todas elas.
(26) Dificilmente há situações de stress. Dependendo da época, todas as alternativas.

(28) Sobrecarga por falta de pessoal. Oxímetros e manutenção dos mesmos.
(29) Equipamentos com problema e a demora para resolver. Falta de acompanhamento da rotina do trabalho pela chefia.
(30) c, eventualmente.
(31) A falta de comprometimento das pessoas com o trabalho.
(39) Características do serviço público (ex: processo de aquisição e manutenção).
(43) O estresse maior são os acompanhantes dos pacientes.
(48) Muitas vezes provocado por dores, coluna cervical, fibromialgia.
(51) e, falta de colaboração das pessoas envolvidas no processo.
(65) d.
(73) Volume de problemas sem resolutividade, foge da própria governabilidade.
(78) e, falta informações.
(81) Funcionamento de equipamentos quando com problemas técnicos; Equipe de trabalho quando faz "tititi": comentários inadequados sobre os outros; Sobrecarga em si de trabalho.
(82) Um pouco de tudo, com exceção da "a".
(83) e, falta de recursos humanos.
(85) e, falta de pessoal, comprometimento no trabalho.
(86) Problemas de processos de trabalho, falhas em sistemas, prazos extremamente curtos para todas as tarefas.
(87) e, falta de comprometimento da equipe com o trabalho.
(90) e, indiferença e impessoalidade por parte de alguns.
(92) Atrasos e outras causas (falta de interesse, organização) que prejudicam um trabalho, projeto).
(93) c, grande número de retrabalhos; d, em virtude da falta de recursos financeiros no hospital pesquisado.
(96) e, falta de recursos humanos.
(97) e, falta de RH e conflito.
(99) Conflitos da equipe.
(100) Falta de recursos humanos, conflito entre os subordinados; c, d.
(104) e, recursos humanos.
(105) Ausência de recursos humanos.
(107) Em geral é acúmulo de situações.
(110) Quando você apresenta uma proposta para solucionar um problema crítico para a instituição e que depende do interesse do dirigente e o mesmo não te dá retorno.
(113) d, também
(114) E falta de recursos humanos.
(116) Diferença de vínculo empregatício Funpar e RJU- Normas/benefícios diferentes.
(117) Na maioria das vezes.
(118) Sem estresse.
(120) algumas pessoas são difíceis de receber ordens.
(122) a,d.
(128) d = oxímetros. Dificuldade de relacionamento entre os colegas.
(130) Falta de pessoal.
(132) Dinheiro.



<b>28. O hospital pesquisado tem proporcionado:</b>
a) cursos de aprimoramento na sua área profissional.
b) palestras, seminários e afins.
c) formação em serviço.
d) outros/não respondeu.
e) múltiplas respostas.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) Somente curso canguru.
(8) Há por parte de cada indivíduo um desinteresse nestes cursos pois o incentivo após o curso é mínimo.
(14) Na minha área estes cursos são limitados. não há frequencia na realização destes, existem poucos.
(16) Não temos participado de aprimoramento profissional.
(22) Não tem proporcionado.
(23) Na minha área faz muito tempo que não faço.
(25) Nunca.
(29) Falta curso na área específica de atuação no trabalho diário.
(30) Não dispõe.
(32) Não tem proporcionado.
(34) d, não tem proporcionado na área.
(47) Não temos curso na área de farmácia.
(48) (Palestras apenas). Cursos não são proporcionados há muito tempo.
(50) Falta curso de aprimoramento na área.
(58) Não.
(62) d, não tem proporcionado.
(77) Para mim pessoalmente muito pouco.
(78) d, pois elas não ocorrem.
(86) Tenho conhecimento de poucas ofertas recentes relacionadas à minha área.
(90) b, muito pouco.
(105) b, não no hospital pesquisado.
(107) Mestrado pretendo fazer.
(109) Muito pouco.
(114) Palestra, seminários e afins na enfermagem e em outros campos.
(117) Muito raramente só enquanto supervisora.
(120) A maioria dos cursos solicitados não são autorizados.
(122) Muito bom.
(133) Não.
<b>29. Você tem participado dessas atividades, quando e se elas ocorrem:</b>
a) durante a jornada.
b) fora da jornada, mas mediante hora extra.
c) fora da jornada, mesmo sem hora extra.
d) não. Por quê?
e) nenhuma das respostas acima.
f) outros/não respondeu.

g) múltiplas respostas.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(2) Fazendo faculdade.
(5) Poucas específicas.
(6) Ou troca de plantão.
(9) Elas não ocorrem.
(12) Sempre.
(13) Se houver algum treinamento fora da jornada, mesmo sem hora extra, eu participo.
(14) Devido à não disponibilização de apoio na forma de participação a Congressos e seminários na área.
(19) Se me interessa.
(22) Não tem oferecido atividade nem incentivo.
(25) Dificilmente dá para ir ou não é convidada.
(26) d, falta de tempo.
(32) Não tenho.
(50) Porque esses cursos não estão ocorrendo. Quando ocorre, sim.
(54) d, por não ser valorizado.
(69) Por falta de tempo e pessoal.
(73) c, se necessário e possível.
(82) a, quando permitido; b, quando ultrapassa muito a carga horária.
(86) Depende da necessidade e da disponibilidade no serviço.
(93) d, ainda não houve treinamento na minha área, não consigo ausentar-me do serviço porque ele ficará parado, sou a única administradora no local e não tem dotação para buscar auxílio com a vida de outro funcionário.
(104) c.
(102) Mas se a atividade é do meu interesse eu participo fora do horário do trabalho.
(104) d, não podemos fazer curso durante o expediente de trabalho.
(105) a, alguns.
(107) Neste ano ainda não participei de nenhum curso.
(113) Sempre que necessário.
(117) Somente enquanto supervisora.
(121) Algumas vezes tem que ser durante a jornada com remanejamento de escala.
(133) Não.
<b>30. Na sua opinião esses cursos/eventos têm:</b>
a) contribuído efetivamente para o seu aprimoramento profissional.
b) melhorado a eficácia do serviço.
c) outros/não respondeu.
g) múltiplas respostas.
<b>OBSERVAÇÕES</b>
(6) Deveriam proporcionar mais cursos.
(8) Quando se é possível desenvolver o que aprendeu tanto o funcionario ganha como a instituição. É uma pena que muitas vezes somos reprimidos e não podemos desenvolver as atividades com sucesso.

(13) Também para aprimoramento profissional.
(14) Quando existem auxiliam o aprimoramento.
(19) Na minha opinião podem contribuir para o meu aprimoramento e deveria melhorar a eficácia do serviço porém nem sempre isto ocorre.
(22) Não tem.
(23) Quando é feito, lógico que sim.
(25) Quase não faço curso.
(28) Não necessariamente.
(30) Não dispõe no momento.
(34) Nenhuma.
(39) Não tem havido cursos ou eventos recentes.
(41) Geralmente.
(50) Não.
(54) Não.
(73) Sempre que possível aplicando ao item b.
(86) Os cursos dos quais participei foram satisfatórios em 70%.
(93) Não se aplica na minha situação atual.
(104) b, quando você consegue participar.
(114) e, conseqüentemente, melhorado a eficácia do serviço.
(133) Não.

## APÊNDICE 5

## QUANTIFICAÇÃO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO

## A) INFORMAÇÕES COLETADAS A PARTIR DO CABEÇALHO

FUNÇÃO (ÁREA FIM E ÁREA MEIO)				
	Não informado	Área fim	Área meio	Total
	7	88	38	133
%	5,3	66,2	28,6	100

FAIXA ETÁRIA DOS TRABALHADORES PESQUISADOS							
	Não informado	25-35	36-45	46-55	56-65	66-70	Total
	10	11	45	53	12	2	133
%	7,5	8,3	33,8	39,8	9,0	1,5	100

TEMPO DE SERVIÇO						
	Não informado	0-10 anos	11 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	Total
	6	20	49	55	3	133
%	4,5	15,0	36,8	41,4	2,3	100

CARGO					
	Chefia	Supervisão	Gerência	Subordinado	Total
	17	40	15	61	133
%	12,8	30,1	11,3	45,9	100

ESCOLARIDADE						
	Não informado	Médio	Sup. Incompleto	Superior	Pós Grad.	Total
	12	16	4	96	5	133
%	9,0	12,0	3,0	72,2	3,8	100

# INFORMAÇÕES COLETADAS A PARTIR DAS QUESTÕES 1 A 30

OBS: As colunas “f” (Outros / Não respondeu) e “g” (Múltiplas respostas) foram inseridas durante a tabulação dos resultados para contemplar esse tipo de respostas dos participantes. Em algumas tabelas não foi inserida a coluna nomeada como “Total”, em função do tamanho.

<b>1. Como você se desloca de casa para o trabalho?</b>						
	a	b	c	d	e	
	A pé	De ônibus	De carona	De carro próprio	Outro	Total
	6	30	5	84	8	133
%	4,5	22,6	3,8	63,2	6,0	100

<b>2. Quanto tempo você normalmente leva de ida/volta casa/trabalho?</b>							
	a	b	c	d	e	f	
	Até 10 minutos	De 10 a 30 minutos	De 30 a 45 minutos	De 45 minutos a 1 hora	Mais de 1 hora	Outros / Não respondeu	Total
	12	54	31	23	13	0	133
%	9,0	40,6	23,3	17,3	9,8		100

<b>3. Considerando o salário mínimo nacional (R\$678,00) você recebe neste Hospital?</b>							
	a	b	c	d	e	F	
	Até 2 salários (até R\$1.356,00)	De 2 a 4 salários (até R\$ 2.712,00)	De 4 a 6 salários (até R\$ 4.068,00)	De 6 salários a 8 salários (até R\$ 5.424,00)	Mais de R\$ 5.424,00	Outros / Não respondeu	Total
	14	47	33	20	18	1	133
%	10,5	35,3	24,8	15,0	13,5	0,8	100

<b>4. Quantas pessoas dependem economicamente de você?</b>							
	a	b	c	d	e	f	
	Nenhuma.	Até 2.	Até 4.	Até 6.	Mais de 6.	Outros/Não respondeu	Total
	25	76	29	3	0	0	133
%	18,8	57,1	21,8	2,3	0,0	0,0	100

**5. Seu salário neste hospital (normalmente) garante a realização das suas necessidades básicas (saúde, lazer, educação, moradia, transporte, etc)?**

	a	b	c	d	
	O necessário	Menos que o necessário.	Além do necessário	Outros / Não respondeu	Total
	81	48	3	1	133
%	60,9	36,1	2,3	0,8	100

**6. Quantas horas diárias você dorme?**

	a	b	c	d	e	
	Até 4 horas diárias.	De 4 a 6 horas diárias.	De 6 a 8 horas diárias	Mais de 8 horas diárias.	Outros/Não respondeu.	Total
	5	40	79	4	5	133
%	3,8	30,1	59,4	3,0	3,8	100

**7. Quanto tempo de sono diário você precisa para se sentir bem?**

	a	b	c	d	e	
	Até 4 horas diárias	De 4 a 6 horas diárias	De 6 a 8 horas diárias	Mais de 8 horas diárias	Não respondeu	Total
	1	16	91	25	0	133
%	0,8	12,0	68,4	18,8	0,0	100

**8. Além da jornada neste Hospital você:**

	a	b	c	d	e	F	
	Tem um segundo emprego formal.	Trabalha por conta própria para complementar salário	Se ocupa de afazeres domésticos diários e obrigatórios	Estuda (faculdade, cursos)	Realiza atividades de sua livre escolha (lazer, ginástica, música, etc).	Múltiplas respostas	Total
	10	9	48	12	18	36	133
%	7,5	6,8	36,0	9,0	13,7	27,0	100

**9. Sua jornada de trabalho costuma ser prolongada (hora extra)?**

	a	b	c	d	e	f	g
	Frequentemente, por falta de pessoal	Eventualmente, por necessidade do serviço.	Raramente	Sem consulta e sem sua concordância.	Com consulta e com sua concordância	Outros/ Não respondeu	Múltiplas respostas
	27	62	14	0	22	4	4
%	20,3	46,6	10,5	0,0	16,5	3,0	3,0

**10. Seu trabalho permite que você habitualmente realize pausas?**

	a	b	c	D	
	Somente as garantidas por lei	Além das garantidas por lei (cafezinho, saídas rápidas do serviço, etc).	Nem as garantidas por lei.	Outros/ Não respondeu.	Total
	65	60	3	5	133
%	48,9	45,1	2,3	3,8	100

**11. As pausas são controladas:**

	a	b	c	d	e	f	
	Por você mesma	Pelos colegas	Pela chefia.	Por ninguém	Outras formas. Quais?	Múltiplas respostas	Total
	90	5	18	5	4	11	133
%	67,7	3,8	13,5	3,8	3,0	8,3	100

**12. Sua jornada neste Hospital é de:**

	a	b	c	d	e	
	6 horas diárias	8 horas diárias	Plantão 12X36	Plantão 12X60	Outros/Não respondeu	Total
	65	51	3	11	3	133
%	48,9	38,3	2,3	8,3	2,3	100

**13. Seus períodos de descanso entre jornadas são de:**

	a	b	c	d	e	
	18 horas	12 horas.	36 horas.	60 horas	Outros/Não respondeu	Total
	62	39	7	6	19	133
%	46,6	29,3	5,3	4,5	14,3	100

**14. Você utiliza o seu tempo livre para:**

	a	b	c	d	e	F	
	Se recuperar para mais um dia de trabalho	Relaxar	Se aprimorar profissionalmente	Se desenvolver pessoalmente	“Curtir” a vida, a família ou os amigos	Múltiplas respostas	Total
	38	8	11	11	36	29	133
%	28,6	6,0	8,3	8,3	27,1	21,8	100

**15. Quem impõe o ritmo do seu trabalho?**

	a	b	c	d	e	f	
	Os equipamentos	Os colegas	A chefia	Você mesma(o)	Outros	Múltiplas respostas	Total
	2	2	12	78	20	19	133
%	1,5	1,5	9,0	58,6	15,0	14,3	100

**16. A introdução de novas tecnologias tem:**

	a	b	c	d	e	f	g
	Facilitado o seu trabalho em geral	Diminuído suas atribuições	Intensificado o ritmo do trabalho	Sido fator de estresse inicial	Sido acompanhada por treinamentos	Outros/ Não respondeu	Múltiplas respostas
	75	0	21	12	5	4	16
%	56,4	0,0	15,8	9,0	3,8	3,0	12,0



**17. Quem define a forma como você deve realizar sua tarefa?**

	a	b	c	d	e	f	
	A chefia	A equipe de trabalho	Você em conjunto com a equipe de trabalho	Você mesmo(a)	Outras/Não respondeu	Múltiplas respostas	Total
	12	11	73	25	3	9	133
%	9,0	8,3	54,9	18,8	2,3	6,8	100

**18. Na ocorrência de algum problema no desempenho da sua tarefa, você:**

	a	b	c	d	e	
	Pede ajuda à chefia	Pede ajuda aos colegas	Resolve sozinho(a)	Outros/Não respondeu	Múltiplas respostas	Total
	53	40	9	4	27	133
%	39,8	30,1	6,8	3,0	20,3	100

**19. Você participa de reuniões relativas aos processos e fluxos de trabalho?**

	a	b	c	d	e	f	g
	Anualmente	Semestral	Bimestral	Mensal	Quinzenal	Semanalmente	Outros/Não respondeu
	15	20	4	28	20	26	20
%	11,3	15,0	3,0	21,1	15,0	19,5	15,0

**20. Tais reuniões, em geral, visam:**

	a	b	c	d	e	f	g
	Repassar informações	Compartilhar resultados positivos	Discutir os problemas e favorecer a participação da equipe na tomada de decisão	Cobrar resultados	Outros motivos. Quais?	Não respondeu	Múltiplas respostas
	26	5	49	8	13	2	30
%	19,5	3,8	36,8	6,0	9,8	1,5	22,6

**21. A instituição viabiliza sua participação nas reuniões:**

	a	b	c	d	e	g
	Disponibilizando diferentes horários	Liberando sua participação em horário de serviço	Remanejando escalas	Não viabiliza	Outros/ Não respondeu	Múltiplas respostas
	33	64	6	12	7	11
%	24,8	48,1	4,5	9,0	5,3	8,3

**22. Com relação a processos de trabalho inadequados você costuma:**

	a	b	c	d	e	f	g
	Apresentar alternativas para a chefia e colegas durante as reuniões	Se calar por falta de oportunidade ou timidez	Utilizar o “radio corredor”	Se calar por medo de críticas ou de represália	Outra reação. Qual?	Não respondeu	Múltiplas respostas
	104	3	2	2	12	7	3
%	78,2	2,3	1,5	1,5	9,0	5,3	2,3

**23. Existem locais na instituição apropriados para:**

	a	b	c	d	e	f	g
	Guarda de materiais	Alojar equipamentos	Fazer refeições	Períodos de descanso	Higiene pessoal.	Outros/ Não respondeu	Múltiplas respostas
	23	2	27	0	12	9	60
%	17,3	1,5	20,3	0,0	9,0	6,8	45,1

**24. A manutenção dos equipamentos é realizada:**

	a	b	c	d	e	
	Regularmente	Com presteza.	Sem presteza.	Outros/Não respondeu	Múltiplas respostas	Total
	69	17	34	11	2	133
%	51,9	12,8	25,6	8,3	1,5	100

**25. Você dispõe dos materiais/equipamentos necessários para a realização da sua tarefa:**

	a	b	c	d	E	
	Minimamente	Suficientemente	Abundantemente.	Outros/Não respondeu	Múltiplas respostas	Total
	40	83	5	3	2	133
%	30,1	62,4	3,8	2,3	1,5	100

**26. Você se sente reconhecido quando:**

	a	b	c	d	e	f	
	Recebe aumento.	Recebe elogio.	É solicitado para opinar sobre os processos de trabalho.	É atendido na suas solicitações.	Outros/Não respondeu.	Múltiplas respostas	Total
	3	12	39	34	10	35	133
%	2,3	9,0	29,3	25,6	7,5	26,3	100

**27. Os maiores responsáveis pelo estresse no seu trabalho são:**

	a	b	c	d	e	f	g
	Dificuldade de relacionamento com os colegas	Dificuldade de relacionamento a(s) chefia(s)	Sobrecarga de trabalho	Falta de equipamentos e material	Outros. Quais?	Não respondeu	Múltiplas respostas
	9	8	40	16	26	6	28
%	6,8	6,0	30,1	12,0	19,5	4,5	21,1

**28. O Hospital tem proporcionado:**

	a	b	c	d	E	
	Cursos de aprimoramento na sua área profissional	Palestras, seminários e afins	Formação em serviço	Outros/Não respondeu.	Múltiplas respostas	Total
	43	35	20	27	8	133
%	32,3	26,3	15	20,3	6,02	100

**29. Você tem participado dessas atividades, quando e se elas ocorrem:**

	a	b	c	d	e	f	g
	Durante a jornada	Fora da jornada, mas mediante hora extra	Fora da jornada, mesmo sem hora extra	Não. Por quê?	Nenhuma das respostas acima	Outros/ Não respondeu.	Múltiplas respostas
	57	8	27	10	12	7	12
%	42,9	6,0	20,3	7,5	9,0	5,3	9,0

**30. Na sua opinião esses cursos/eventos têm:**

	a	b	c	d	
	Contribuído efetivamente para o seu aprimoramento profissional.	Melhorado a eficácia do serviço.	Outros/Não respondeu.	Múltiplas respostas	Total
	50	34	31	18	133
%	37,6	25,6	23,3	13,5	100